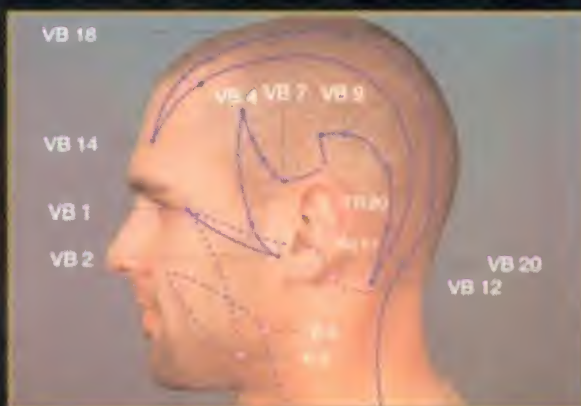



# ACUPUNTURA

PARA EL MANEJO del Dolor

Luis A. URGELLÉS LORIÉ, Phd.



  
**AMOLCA**

# ACUPUNTURA

## PARA EL MANEJO del Dolor

DR. LUIS A. URGELLÉS LORIÉ, MD, PHD.

Médico-Cirujano. NEUROFISIÓLOGO  
ACADEMIA DE MEDICINA. Sofía. BULGARIA

MIEMBRO ASOCIACIÓN INTERNACIONAL PARA EL ESTUDIO DEL DOLOR (IASP)  
y ASOCIACIÓN EUROPEA DE CUIDADOS PALIATIVOS (EAPC)

EX-PROFESOR PRE y POSTGRADO. UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

EX-DIRECTOR del Diplomado Dolor y ACUPUNTURA  
INSTITUTO EDUCACIÓN CONTINUADA de la FOC. BOGOTÁ. COLOMBIA

COORDINADOR clínica del Dolor  
CENTRO INTEGRAL DE SALUD. Edo. VARGAS. VENEZUELA

# Prólogo

**E**ste libro, «Acupuntura Para el Manejo del Dolor», del Prof. Luis A. Urgellés Lorié, viene muy oportunamente a llenar un vacío que ha sido más notorio a medida que crece el interés por La Acupuntura y la Moxibustión. Hacía falta un texto que en forma clara y breve explicara las teorías básicas de estas disciplinas pertenecientes a la Medicina Tradicional China.

Los valiosos aportes de esa milenaria medicina son aún poco conocidos en el mundo occidental. Al ser experimentados con éxito en diversas regiones del mundo, se ha comprobado que tienen la universalidad del conocimiento científico, aunque su método de conocimiento sea diferente del considerado como único válido por algunos de los exponentes de la ciencia moderna.

El pensamiento Chino plasmado en esas antiguas teorías, no niega la existencia y validez del conocimiento objetivo, racional y cuantificable, pero le otorga la mayor importancia a formas de conocimiento subjetivas, intuitivas y cualitativas.

Esto se aplica en todos los componentes de esta medicina. La concepción del proceso salud - enfermedad muestra la lucha constante entre factores que protegen la salud y otros que tienden hacia la enfermedad; entre estos últimos se destacan variados estados emocionales y ambientales. Los métodos de diagnóstico son una forma condensada de aplicación de esos conocimientos, al estudio de la realidad concreta de una persona en un determinado momento y señalan cómo ayudar a mejorarla a través de la aplicación de las agujas de Acupuntura o de la Moxibustión en puntos especiales en cada caso.

Se destaca el concepto de integralidad que aplicado al ser humano, muestra la imposibilidad de separar una parte o un aspecto del todo. Es decir, que lo físico y lo mental son inseparables, que un órgano, una función o una parte del organismo no pueden aislarse del resto, como tampoco es posible separar a ese ser de su entorno biológico, ambiental, familiar, laboral, académico y social. El concepto de salud está estrechamente vinculado al de la armonía que debe existir internamente en cada persona y en todas las formas de interrelacionarse con su entorno. Por eso, esta medicina oriental tiene valiosos aportes para la Promoción de la Salud y la Prevención de las Enfermedades.

Para la recuperación de la salud, la Acupuntura y la Moxibustión han demostrado por miles de años su eficacia y eficiencia en el tratamiento y rehabilitación de múltiples enfermedades, con una positiva relación costo-beneficio resolviendo problemas de salud que muchas veces no encuentran cambios positivos con otros sistemas terapéuticos.

*Con el nuevo milenio e inicio de la Era de Acuario, la humanidad se plantea la búsqueda de alternativas saludables por medio de una síntesis de los conocimientos producidos en diversas regiones, por distintas culturas y en variados momentos históricos. En lo que respecta a la Acupuntura y la Moxibustión resulta muy útil este libro para difundir estos conceptos y conocimientos, poniéndolos al alcance de muchas personas que luego de apropiarse de estas enseñanzas pueden jugar un papel multiplicador al utilizarlas, no sólo para sus propios cuidados de salud sino para apoyar a quienes estén a su alcance en el mejoramiento de su calidad de vida, el alivio del dolor y de múltiples padecimientos.*

*Al leer esta obra recordé otra que tanto para el Dr. Urgellés como para mí, fue importante en un cierto momento del proceso de formación en este campo. Se trata del Manual de Acupuntura de la Dra. Leventhal. Tengo la convicción de que muchos acupunturistas en un futuro recordarán con igual satisfacción lo que este libro de **Luis Urgellés Lorié** les aportó en su formación.*

**Dr. Fernando González Uribe, M.D.**

Médico Anestesiólogo, Universidad Nacional de Colombia.

Post-grado en Acupuntura, Moxibustión y Anestesia Acupuntural  
en el Instituto de Medicina Tradicional de Beijing, China.

Presidente de la Sociedad Médica Colombiana de Acupuntura y Moxibustión.



# PREFACIO

## ***Acupuntura para el Manejo del Dolor***

**U**na obra sui géneris, dirigida a Médicos y odontólogos, donde aborda dos problemas muy importantes de las ciencias Médicas, a saber:

En Primer lugar el «Dolor», que es sin lugar a dudas, uno de los eventos más desagradables que experimenta el hombre y lo obliga a pedir asistencia en los servicios de salud. De modo que su conocimiento, prevención y alivio representa un reto dentro de las prioridades de la Salud Pública de nuestros países. Esto no sólo es posible sino que es urgente, utilizando todos los métodos que han demostrado efectividad en su control. En forma didáctica se explica los eventos básicos de la Neurofisiopatología del Dolor, desde el Potencial de Acción, los nociceptores, la cascada del Ácido Araquidónico y las vías del dolor, para llegar a entender y distinguir entre el Dolor como mecanismo de supervivencia (Nivel Fisiológico) y el proceso de la Inflamación (Nivel Patológico), incluyendo los últimos avances relacionados con la Ciclooxygenasa (COX 1 – COX 2). Además se explica lo relacionado con mecanismos a nivel del Sistema Nervioso Central (SNC). A partir de esos conceptos se puede comprender el dolor de origen central o neuropático entendiendo no sólo la fisiopatología, sino como ofrecer una adecuada conducta terapéutica en los casos como el dolor fantasma, el espacio edéntulo, la polineuropatía diabética, etc.

En segundo lugar, se resume los conceptos básicos y prácticos de la Acupuntura. En esta obra se explica de forma clara los mecanismos neurofisiológicos de la acupuntura analgésica, para ofrecer al médico y al odontólogo, un conocimiento científico actualizado del tema que facilite su aplicación.

El alcance y la complejidad del Dolor en Medicina, aumenta cada año, particularmente por la constante evolución de nuevos medicamentos, así como también el desarrollo de tecnologías avanzadas. No obstante a esa realidad del nuevo milenio, se mantiene en la práctica médica procedimientos ancestrales que no han perdido su vigencia ni eficacia en el control del dolor. En este último caso, nos referimos a la Acupuntura que desde sus inicios fue utilizada para aliviar el dolor y que desde hace más de 5.000 años a la fecha sus resultados y descubrimientos de nuevos hallazgos esclarecen su mecanismo de acción desde una óptica de la Medicina Occidental, que justifican y avalan su utilización en el manejo del Dolor.

En una época de creciente especialización, es recomendable tener una base sólida en el conocimiento del dolor, para obtener una buena evaluación y valorar la conveniencia de diversas técnicas o tratamientos, sin preocuparnos y mucho menos sorprendernos la utilización de la Acupuntura dentro de la estrategia de tratamiento para el manejo del dolor, conjuntamente con medicamentos o procedimientos conocidos, con la finalidad de mejorar la calidad de vida del paciente y alivio verdadero de su dolor.

*Por estas razones, he querido desarrollar un enfoque sistemático y unificado que refleja en cierta medida mi visión sobre la integración de la Medicina Occidental con la tradicional, dando las bases fundamentales para el entendimiento de este problema.*

*Espero que este material le proporcione al profesional que lo lea, una ayuda en momentos donde es necesario aliviar a un paciente.*

**Dr. Luis Angel Urgellés Lorié, PhD.**

# CONTENIDO

## PARTE 1

---

BREVE BOSQUEJO HISTÓRICO DE LA ACUPUNTURA	15
---	----

## PARTE 2

---

TEORÍAS DEL YANG-YIN Y LOS CINCO ELEMENTOS	19
1. Teoría del Yang-Yin	22
1.1. Estado "Yang lleno"	22
1.2. Estado "Yin lleno"	22
1.3. Estado "Yang vacío"	24
1.4. Estado "Yin vacío"	24
2. Teoría de Los Cinco Elementos	24
2.1. Ciclo de formación	24
2.2. Relación madre-hijo	25
2.3. Ciclo de destrucción	25
2.4. Relación Vencedor-vencido	25
2.5. Relación entre Los Cinco Elementos y los diferentes órganos	26
2.6. Órganos Huecos (Yang) y Macizos (Yin)	26

## PARTE 3

---

MERIDIANOS Y PUNTOS	29
3. Localización de los Puntos en los Meridianos	31
3.1. Medidas para la localización de los Puntos de Acupuntura	31
3.2. Los Meridianos y su relación con el flujo de energía	32
4. Recorrido Anatómico de los Meridianos	35
4.1. Meridiano del Pulmón (P) YIN	35
4.2. Meridiano del Intestino Grueso (IG) YANG	35
4.3. Meridiano del Estómago (E) YANG	35
4.4. Meridiano del Bazo-Páncreas (BP) YIN	37
4.5. Meridiano del Corazón (C) YIN	37
4.6. Meridiano del Intestino Delgado (ID) YANG	37
4.7. Meridiano de la Vejiga (V) YANG	39
4.8. Meridiano del Riñón (R) YIN	39
4.9. Meridiano del Pericardio (PC) YIN	39
4.10. Meridiano del Triple Recalentador (TR) YANG	39
4.11. Meridiano de la Vesícula Biliar (VB) YANG	39
4.12. Meridiano del Hígado (H) YIN	39

4.13.	Meridiano del Vaso Gobernador	(VG)	YANG	40
4.14.	Meridiano del Vaso Concepción	(VC)	YIN	40

## **5. Localización Anatómica de los puntos de Acupuntura** **40**

5.1.	Meridiano del Pulmón	(P)	(-) YIN	40
5.2.	Meridiano del Intestino Grueso	(IG)	(+) YANG	43
5.3.	Meridiano del Estómago	(E)	(+) YANG	46
5.4.	Meridiano del Bazo-Páncreas	(BP)	(-) YIN	51
5.5.	Meridiano del Corazón	(C)	(-) YIN	54
5.6.	Meridiano del Intestino Delgado	(ID)	(+) YANG	58
5.7.	Meridiano de la Vejiga	(V)	(+) YANG	63
5.8.	Meridiano del Riñón	(R)	(-) YIN	70
5.9.	Meridiano del Pericardio	(PC)	(-) YIN	74
5.10.	Meridiano del Triple Recalentador	(TR)	(+) YANG	77
5.11.	Meridiano de la Vesícula Biliar	(VB)	(+) YANG	81
5.12.	Meridiano del Hígado	(H)	(-) YIN	86
5.13.	Meridiano del Vaso Gobernador	(VG)	(+) YANG	89
5.14.	Meridiano del Vaso Concepción	(VC)	(-) YIN	93
5.15.	Puntos Extraordinarios			101

## **PARTE 4**

### **LISTA DE LOS NOMBRES DE LOS PUNTOS DE ACUPUNTURA** **103**

## **6. Los Puntos de los catorce Meridianos** **107**

6.1.	Meridiano del Pulmón	(P)	107
6.2.	Meridiano del Intestino Grueso	(IG)	107
6.3.	Meridiano del Estómago	(E)	107
6.4.	Meridiano del Bazo-Páncreas	(BP)	108
6.5.	Meridiano del Corazón	(C)	108
6.6.	Meridiano del Intestino Delgado	(ID)	108
6.7.	Meridiano de la Vejiga	(V)	108
6.8.	Meridiano del Riñón	(R)	109
6.9.	Meridiano del Pericardio	(P)	109
6.10.	Meridiano del Triple Recalentador	(TR)	110
6.11.	Meridiano de la Vesícula Biliar	(VB)	110
6.12.	Meridiano del Hígado	(H)	110
6.13.	Meridiano del Vaso Gobernador	(VG)	111
6.14.	Meridiano del Vaso Concepción	(VC)	111

## **PARTE 5**

### **TÉCNICA DE LA ACUPUNTURA** **113**

## **7. Técnica y Manipulación** **115**

7.1.	Técnica de la Acupuntura	115
7.2.	Las Agujas	115
7.3.	Manipulación del Paciente	117

## PARTE 6

<b>Dolor</b>	<b>119</b>
<b>8. Neurofisiología del Dolor</b>	<b>121</b>
8.1. Anatomía del Sistema Nervioso	121
8.2. Potencial de Acción	121
8.3. Vías del Dolor	122
8.4. Dolor, Tacto y Temperatura	122
8.5. Dolor e Inflamación	122
8.6. Dolor en Odontología	124
8.7. Dolor Referido	124
8.8. Dolor Difuso	124
8.9. Dolor Irradiado	124
8.10. Dolor Fantasma	124
8.11. Dolor Psicógeno	126
8.12. Punto Gatillo	126
8.13. Dolor Agudo vs Dolor Crónico	126
8.14. Dolor Nociceptivo vs Dolor Neuropático	126
8.15. Analgesia vs Anestesia	130

## PARTE 7

<b>MECANISMO DE ACCIÓN DE LA ACUPUNTURA ANALGÉSICA</b>	<b>131</b>
--	------------

## PARTE 8

<b>ACUPUNTURA EN INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS</b>	<b>137</b>
<b>9. La Acupuntura Analgésica en Intervenciones Quirúrgicas</b>	<b>139</b>
<b>10. La Acupuntura en Cirugía Experimental</b>	<b>139</b>

## PARTE 9

<b>ACUPUNTURA EN ONCOLOGÍA</b>	<b>141</b>
<b>11. La Acupuntura Analgésica y su utilización en Oncología</b>	<b>13</b>
11.1 Otras Aplicaciones en Oncología	144

## PARTE 10

<b>INDICACIONES TERAPÉUTICAS</b>	<b>145</b>
<b>12. Complicaciones</b>	<b>147</b>

<b>13. Guía Terapéutica</b>	<b>147</b>
13.1. Amigdalitis Crónica	147
13.2. Ansiedad	147
13.3. Artrosis Cervical	147
13.4. Asma Bronquial	147
13.5. Cefalea	147
13.6. Conjuntivitis	147
13.7. Constipación	147
13.8. Coriza / Resfriado Común	147
13.9. Diarreas	147
13.10. Dismenorrea	147
13.11. Dolor en la Articulación del Hombro	148
13.12. Dolor en la Articulación de la Rodilla	148
13.13. Dolor en la Articulación Temporomandibular	148
13.14. Dolor en la Columna Vertebral Dorsal	148
13.15. Dolor en la Columna Vertebral Lumbar	148
13.16. Enuresis	148
13.17. Epicondilitis	148
13.18. Epilepsia	148
13.19. Fatiga	148
13.20. Hábito de Fumar	148
13.21. Hipertensión Arterial	148
13.22. Insomnio	148
13.23. Leucopenia	148
13.24. Neuralgia del Trigémico	148
13.25. Obesidad	148
13.26. Odontalgia	149
13.27. Parálisis Facial	149
13.28. Rinitis	149
13.29. Sacrolumbalgia	149
13.30. Stress	149
13.31. Tortículis	149
13.32. Tos	149
13.33. Vómitos	149
13.34. Acupuntura en Intervenciones Quirúrgicas	147

<b>Referencias Bibliográficas</b>	<b>157</b>
-----------------------------------	------------

<b>Índice Alfabético</b>	<b>161</b>
--------------------------	------------



PARTE

---

1

**BREVE**  
**BOSQUEJO HISTÓRICO**  
**de la ACUPUNTURA**

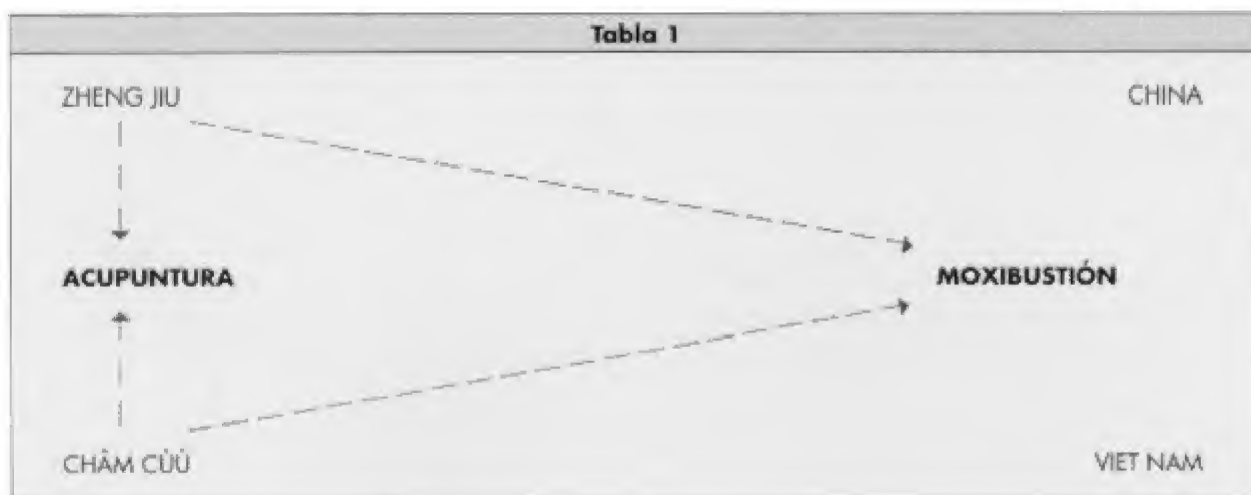
Probablemente la Acupuntura date de la época anterior a la "Edad de Piedra". El hombre al confeccionar sus primeros instrumentos de piedra para satisfacer las necesidades de la producción, comenzó a utilizar primitivos instrumentos afilados para aliviar el dolor y otras dolencias. Estos objetos filiformes empleados además para la prevención y tratamiento de enfermedades se llamaban "BIAN". Con el continuo desarrollo de la producción, dichos instrumentos fueron sustituidos, por madera (hambú) y huesos de animales. Posteriormente en el Lejano Oriente se desarrolla en la región Norte (zona fría) el tratamiento fundamentalmente utilizando el calor, que después devino en la MOXIBUSTIÓN, en la región Sur-Oeste donde se concentra la mayor cantidad de ríos se desarrollaron los ejercicios de relajación, pues era un medio ideal para la práctica de este proceder y en la región Este se desarrolla fundamentalmente el tratamiento a través de objetos puntiagudos, la Acupuntura propiamente dicha. Todos estos métodos se interrelacionaron con otros procedimientos que en su conjunto representan la Medicina Tradicional China (MTC). Más adelante, en el siglo II a.n.e. se desarrolla la "Edad de Bronce" y se comienzan a fabricar agujas de dicho metal. Estas primeras agujas marcaron un significativo desarrollo para el tratamiento.

La Acupuntura y la Moxibustión están íntimamente relacionadas, de ahí que su nombre en chino esté compuesto por dos ideogramas cuya fonética es "ZHENG JIU": "ZHENG" (Acupuntura; que a su vez se compone de dos radicales "Metal" y "Aguja" o "Daga") y "JIU" (Moxibustión; que significa Fuego "por mucho tiempo"). Análogamente en idioma vietnamés sería "Châm Cúu" (Tabla 1).

La Acupuntura era conocida ya en la Dinastía Zhou (1er milenio a.n.e.), su teoría y práctica estaba sistematizada durante la dinastía Han (2º siglo a.n.e.). En ese período los principios de la Acupuntura dentro de la Medicina Tradicional China quedaron inmortalizados en el tratado Huangdi Nei jing (200 años a.n.e.), que se considera un precepto en la práctica médica de la época, compilado en el periodo de las guerras. En este tiempo se discuten los aspectos filosóficos y patológicos de los puntos de acupuntura, así como también sus indicaciones en cada tipo de dolencias.

Posteriormente en la dinastía Ming (1368-1644 n.e.) se confeccionan tres figuras de bronce del tamaño de un hombre de la época, para el estudio de la Acupuntura.

Tabla 1



Entre 1644 y 1911 se desprecia el tratamiento por acupuntura y se establece un decreto donde se amonesta su práctica. Pero la amplia aceptación por las masas populares y su constante observación, hacen que la Acupuntura se extienda a otros países occidentales. Así vemos cómo en 1683 es introducida en Alemania y ese mismo año es publicado un libro de Medicina China en Francia.

Las trabas para la Acupuntura se extienden hasta 1949. Por lo que se puede notar a pesar de ser un método milenario, su desarrollo presentó altas y bajas. Ya en 1958 habían sido creados varios Institutos para la investigación y el tratamiento por Acupuntura en Pekín y otras ciudades de China. En ese período se realiza la primera operación en la cual se utilizó la Acupuntura como "anestesia". Eso ocurrió de forma casual en el Instituto de Otorrinolaringología de Shanghai. Al llegar a la consulta un paciente operado de amígdalas que presentaba dolor y dificultad para ingerir alimentos, el médico que lo atendió, logró mediante la aplicación de este método aliviar al paciente del dolor que lo aquejaba, por lo que llegó a la conclusión de que si se lograba quitar el dolor en la zona de las amígdalas después de la operación, pudiera intentarse lo mismo antes de practicar la operación, con el propósito de prescindir de la anestesia. Este acontecimiento, indudablemente despertó el interés en el mundo entero.

Por otro lado, en Viet Nam se crearon Institutos de Medicina Tradicional y se desarrolló mucho este método durante la guerra. Al mismo tiempo, después de 1970 se confeccionan equipos de estimulación eléctrica (anteriormente la estimulación de las agujas se realizaba de forma manual), lo que permitió atender un mayor número de casos. Ya en 1979 la OMS informó que el 20% de las operaciones realizadas en China se realizaron con la utilización de la Acupuntura como método "anestésico".

Nuevamente la Acupuntura se hace noticia cuando en 1971 el corresponsal norteamericano James Reston, de la comitiva del Presidente Nixon en su viaje a China, optó por la utilización de la acupuntura como "anestesia" en una apendicectomía y poste-

riormente, éste asiste a varias operaciones en las que se utilizaba la Acupuntura como método "anestésico". Todas estas incidencias son recogidas en un artículo periodístico que acapara el interés de diferentes científicos occidentales. Sin embargo, en Europa existían controversias al respecto, ya que al saberse que algunos médicos y pacientes leían folletines antes de las operaciones, la consideraba un método religioso cuyo mecanismo era la sugestión.

Esta incertidumbre se mantiene hasta que se realizan varias operaciones con la Acupuntura en distintos países, entre ellos Argentina, Cuba, Colombia, Estados Unidos y otros, por lo que se populariza este procedimiento tradicional asiático.

A pesar de todo el desarrollo habrá una necesidad de un lenguaje común que facilitará la enseñanza, la práctica médica, la investigación y el intercambio de experiencias a escala mundial.

Como la Acupuntura se practicaba en el Lejano Oriente fundamentalmente en China, Viet Nam y países vecinos como Corea y Japón, el hecho de que los puntos utilizados tenían varios nombres, hacía que su traducción en los idiomas occidentales provocara confusiones y equívocos. Por esas razones la OMS organizó el primer grupo de trabajo regional sobre la unificación de la terminología de acupuntura, donde participaron especialistas de China, Viet Nam, Japón, Corea, Hong Kong, Singapur, Filipinas y Australia. Todos reunidos en Manila en 1982, determinaron la utilización de la clave alfanumérica entre otras decisiones.

En esta obra se discuten sucintamente las teorías que explican el desarrollo de la Acupuntura, al mismo tiempo se ofrece la localización anatómica de cada uno de los puntos y sus denominaciones. También se incluye una guía terapéutica donde se detallan los puntos básicos en el tratamiento de las dolencias más frecuentes tratadas con Acupuntura en occidente. De igual forma se explica muy sucintamente los conceptos actualizados sobre la Neurofisiología, evaluación y Control del Dolor.

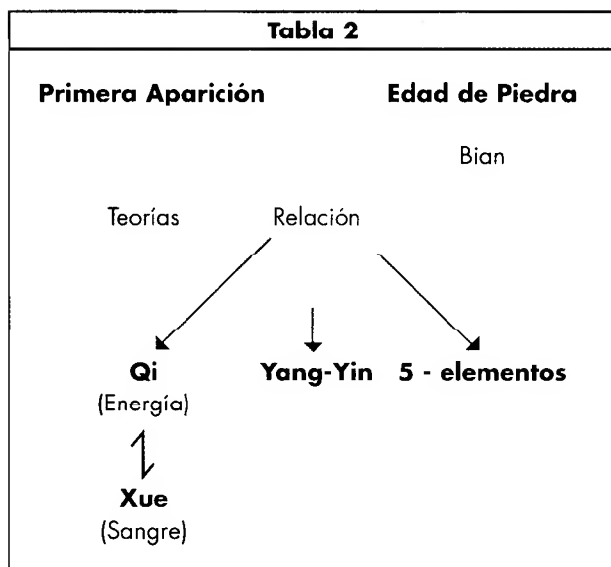
PARTE

2

# TEORÍAS DEL YANG-YIN y LOS CINCO ELEMENTOS

Las teorías del Yang-Yin y de Los Cinco Elementos corresponden con el materialismo ingenuo y la dialéctica espontánea de la China Antigua.

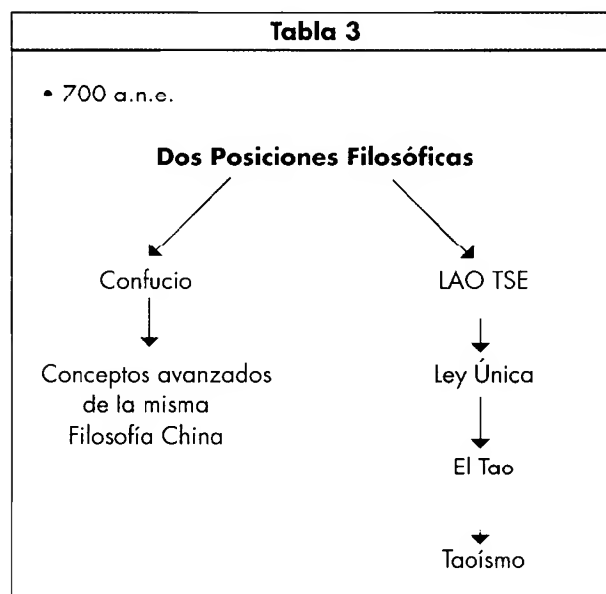
Los médicos antiguos aplicaban esas dos teorías como fundamentación de la teoría de la Medicina Tradicional China y era la guía en el trabajo clínico desde aquellos tiempos hasta el presente. Según éstas teorías el mundo material nace y se desarrolla con la relación de Energía (Qi), el Yang y el Yin. Por otra parte los cinco elementos fundamentales: viento (madera), fuego, tierra, metal y agua son básicos en su conformación, siendo imprescindibles para la vida cotidiana del hombre. Así la Medicina Tradicional China considera la salud como un estado armónico basado en un equilibrio dinámico entre el Yang y el Yin relacionados con adecuados niveles de "Qi" (energía) y de "Xue"(sangre)(\*) (Tabla 2).



Alrededor del 700 a.n.e. existían fundamentalmente dos posiciones filosóficas que trataban de explicar la salud del hombre. La de Confucio y la de Lao Tse.

\* Qi, Yang,Yin, Xue son transcripciones fonéticas de los caracteres chinos.

El primero con conceptos más avanzados aunque partía de la misma filosofía China. El segundo, escribió sobre la filosofía de la Ley Única "El Tao", que se conoció posteriormente como un movimiento religioso y de forma de vida: el Taoísmo (Tabla 3).



El símbolo universal del Tao es un círculo dividido por una línea sinusoidal, dando como resultado dos mitades, una blanca (que representa el Yang) y otra negra (que representa el Yin) en ambas, aparece una especie de ojo de color contrario en su parte más ancha para dar a entender que nada es absoluto, o sea, que en una parte existe cierta cantidad de la otra (contraria). Por otro lado, cuando una empieza a decrecer, la otra aumenta, dando a entender que los cambios nunca son bruscos. El círculo exterior representa el Tao y dentro contiene al Yang y al Yin en su eterna armonía. En la Fig. 1 se observan estos conceptos, por analogía en el humano, utilizando la definición de Integralidad.

Un siglo después, aproximadamente en el 600 a.n.e., surge otra escuela filosófica que trata de explicar el origen y la estructura del Universo apoyándose en

Los Cinco Elementos antes mencionados. Al correr los años, todos estos principios se fusionaron y formaron la doctrina (teoría) que sustenta la Medicina Tradicional China



**Fig. 1**

Como se ha mencionado anteriormente, la Acupuntura se practicaba desde tiempos milenarios, pero siempre estuvo mezclada durante siglos con mucha mitología. En el año 200 a.n.e., se reconsidera todo este acervo de conocimientos médicos, fundamentalmente prácticos y se resume en lo que se conoció como el libro clásico de la Acupuntura: el Huangdi Nei Jing. (**Huang:** amarillo, **di:** Emperador, **Nei:** Interno y **Jin:** Canon), considerado, el canon de la Medicina Interna del Emperador Amarillo, que se compone de dos partes: "Sou Wen" y "Ling Shu". Aquí se describen los meridianos o canales así como los puntos cuyas relaciones anatómicas no se modificaron durante más de 200 años. En este libro también se incluye la teoría de los pulsos radiales, ya

que los tabúes sociales especialmente en la mujer impedían el examen clínico y de ahí el extraordinario desarrollo en el examen de los pulsos (Tabla 4).

A través de prolongadas prácticas médicas, los antiguos emplearon las teorías del Yang-Yin y de los Cinco Elementos para explicarse las funciones fisiológicas y los cambios patológicos del cuerpo humano, constituyendo así una parte importante de la teoría de la Medicina Tradicional China.

## 1. Teoría del Yang-Yin

Del mismo modo que el hombre ha tenido diferentes concepciones según los pueblos y las épocas, se han sucedido las teorías para explicar las enfermedades y el modo de tratarlas. Así por ejemplo, los griegos concibieron al hombre (microcosmos) de la misma forma que al macrocosmos, constituido por cuatro elementos: Tierra, Agua, Fuego y Aire; además consideraban que el hombre se hallaba formado por la combinación de cuatro humores: bilis negra, flema, sangre y bilis amarilla. El predominio de uno de éstos humores frente a los demás daba origen a un determinado temperamento: Melancólico, Flemático, Sanguíneo y Colérico. El desequilibrio entre los humores era causa de alteraciones morbosas cuyo tratamiento debía orientarse consecuentemente hacia el restablecimiento del equilibrio humoral. Esta concepción del hombre estuvo vigente por más de 20 siglos.

Los chinos, por su parte concibieron al hombre como un microcosmos en el que existían los mismos principios que el cosmos. El cosmos, todo el universo, ha sido creado y mantenido en equilibrio por medio de un principio llamado "TAO". El Tao es el creador del mundo y la llave de los interminables misterios que existen entre la tierra y el cielo, manteniendo la armonía entre éstos.

El hombre es una imagen del universo y está influenciado, como el cosmos, por fluctuaciones de dos energías: una Positiva (Yang) y una Negativa (Yin). El estado de equilibrio entre estas dos fuerzas, es el que determina la salud.

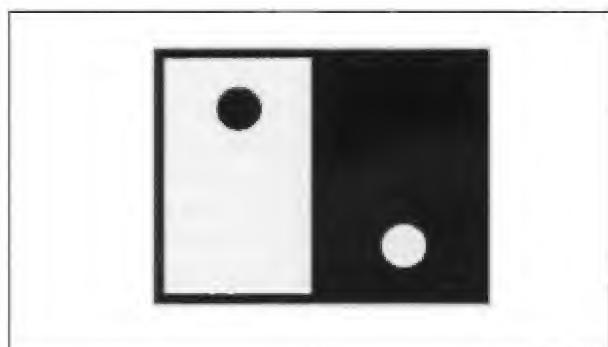
Decir que la fuerza "Yang" es Positiva y la "Yin" Negativa no significa que una sea buena y la otra mala,

**Tabla 4**

• 600 a.n.e.	Teoría de los 5 elementos
• 200 a.n.e.	HUANGDI NEI JIN HUANG: Amarillo DI: Emperador NEI: Interno JIN: Canon
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>↙</p> <p>Sou Wen</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>↘</p> <p>Ling Shu</p> </div> </div>



sólo que son fuerzas opuestas. Por ejemplo, el día se opone a la noche, el hombre a la mujer, lo alto a lo bajo, lo caliente a lo frío, las enfermedades agudas a las crónicas, etc. Pero estas fuerzas no son absolutas, ya que dentro del "Yang" está contenido el "Yin" y viceversa (Fig. 2). En esta figura lo blanco es "Yang", pero contiene al "Yin" (punto negro) en contraposición lo negro es "Yin" pero contiene al "Yang" (punto blanco). Para una mejor comprensión de esta teoría, daremos algunos ejemplos ilustrativos: el hombre (XY) es "Yang", pero también tiene información genética femenina (X), "Yin". Sin embargo, en su forma (Fenotipo) es "Yang" y ésta es



**Fig. 2**

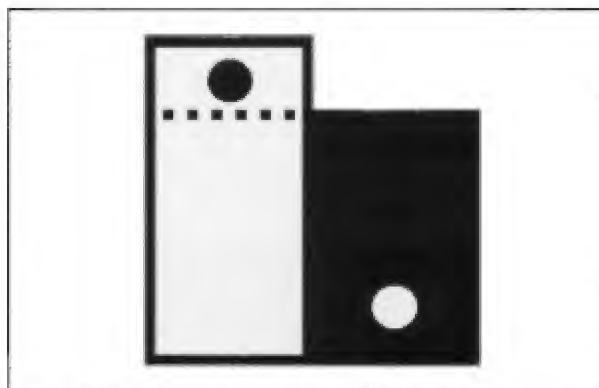
la fuerza predominante, no sin que por ello dentro de esa fuerza esté contenida la otra. Este es el concepto de Armonía.

Como sabemos, el paso del día a la noche y viceversa se produce de forma gradual y no bruscamente. Así, mientras la claridad del día va desapareciendo, comienza la oscuridad de la noche. Durante el día, predomina el "Yang" y durante la noche el "Yin".

En este sentido podemos decir que cada fuerza tiene su manifestación opuesta; el equilibrio o modificación de ésta, será lo que determinará la salud o la enfermedad. Cuando existe un desequilibrio y por tanto el predominio de una de éstas dos fuerzas, se produce la enfermedad. El desnivel energético puede ser por defecto o por exceso. Cuando es por exceso le llamamos "Estado de lleno" y cuando es por defecto "Estado de vacío". Así tenemos cuatro grandes grupos o síndromes de patologías, que son los siguientes: Estado "Yang lleno", Estado "Yin lleno", Estado "Yang vacío" y Estado "Yin vacío".

### 1.1. Estado "Yang lleno"

En este estado se produce un exceso de energía "Yang", generalmente de origen externo, que se adquiere del medio ambiente. Este estado está representado en la Fig. 3. La zona por encima de los puntos representa el exceso de "Yang" y la zona blanca

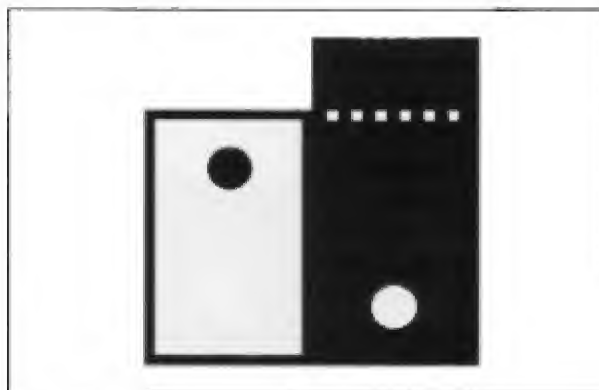


**Fig. 3**

por debajo, corresponde al "Yang" normal. En este caso el tratamiento adecuado sería Dispersar el "Yang" para equilibrar las energías. Dispersar significa estimular con fuerza las agujas para provocar la salida de energía.

### 1.2. Estado "Yin lleno"

En este estado se produce un exceso de la energía "Yin", generalmente de origen externo, como ocurre en el Estado "Yang lleno". Este estado patológico puede representarse por la Fig. 4.

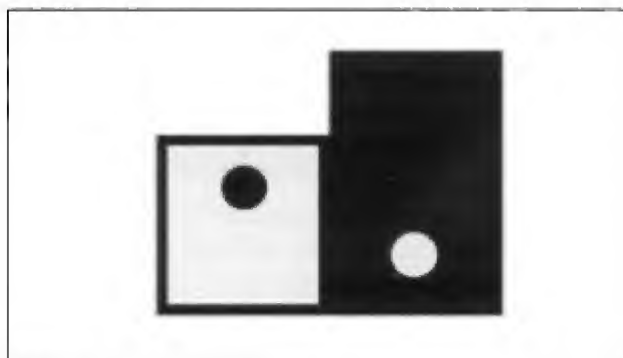


**Fig. 4**

Análogamente, se puede observar la zona por encima de los puntos, que representa el exceso de "Yin". El tratamiento para este estado patológico es también la "Dispersión", pero en este caso hay que "Dispersar el Yin".

### 3 Estado "Yang va ío"

Aquí existe una deficiencia de energía "Yang". Este estado se produce por pérdida de esa energía específica. Podemos observar en la Fig. 5, la disminución del "Yang" con respecto al estado normal de la energía "Yin".

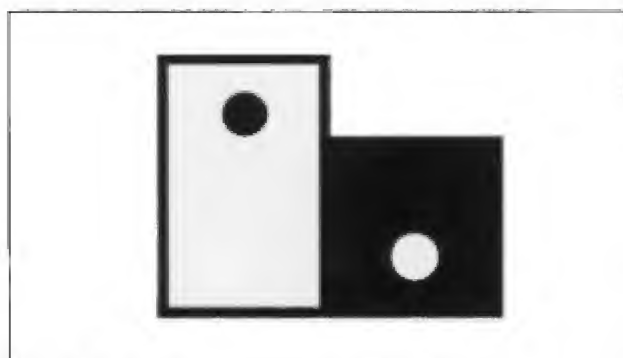


**Fig. 5**

Para su tratamiento es necesario "Tonificar" el "Yang" para equilibrar las energías, lo que significa estimular débilmente las agujas para provocar aumento de la energía.

### 1.4. Estado "Yin vacío"

Aquí existe una deficiencia de la energía "Yin". Este estado se produce por pérdida de energía "Yin". Podemos observarlo en la Fig. 6. Esto es análogo al



**Fig. 6**

estado "Yang" vacío. Para el tratamiento es necesario "Tonificar" la energía "Yin", o sea estimular débilmente las agujas para provocar aumento de la energía "Yin".

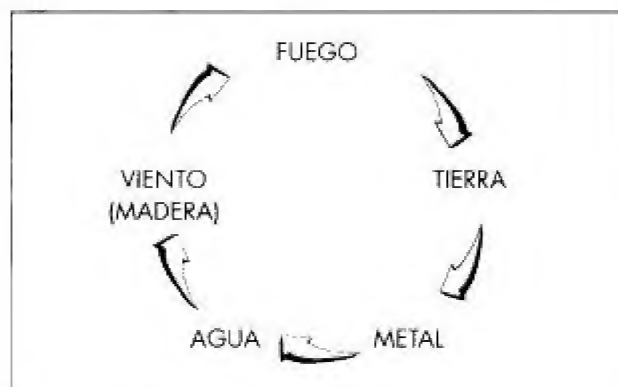
Estos cuatro estados resumen las posibles disfunciones de las energías "Yang-Yin" y su forma de tratamiento. Los esquemas facilitan una mejor comprensión de estos estados.

## 2. Teoría de Los Cinco Elementos

La Teoría de los Cinco Elementos es la que explica el origen y estructura del universo. Para dar una imagen más integral de este problema podemos decir que las dos fuerzas de oposición, "Yang-Yin", son necesarias hacerlas corresponder con otros elementos que existen en la naturaleza. La acción recíproca del "Yin" y el "Yang" da lugar a cinco elementos, de los que a su vez se originan todos los demás que existen en la tierra (más de 10.000). Estos Cinco Elementos son: Viento, Fuego, Tierra, Metal y Agua, pudiendo aparecer solos o combinados en la naturaleza. También cada elemento puede ser predominante "Yang" o predominante "Yin". Por otra parte, todos los órganos del cuerpo se encuentran relacionados con éstos cinco elementos.

### 2.1. Ciclo de formación

Los Cinco Elementos ya mencionados están en un ciclo, en el que cada uno forma a otro. Y éste, a su vez, crea o da origen al siguiente. De esta manera se



**Fig. 7**

mantiene una relación madre-hijo (m-h). La relación madre-hijo se puede explicar de la siguiente forma:

## 2.2 Relación madre-hijo

El Viento genera al Fuego, el Fuego a la Tierra, la Tierra al Metal, el Metal al Agua y el Agua al Viento. Muchas veces el Viento es identificado por Madera en otros libros de textos (Fig. 7). En el ciclo de formación se representa por líneas continuas.

De esta misma forma se puede considerar la siguiente relación: el Viento (madera) es la madre del Fuego porque lo crea, dándose la relación madre-hijo en los casos siguientes:

- V-F El Viento es la madre del Fuego.
- F-T El Fuego es la madre de la Tierra.
- T-M La Tierra es la madre del Metal.
- M-A El Metal es la madre del Agua.
- A-V El Agua es madre del Viento.

Esto lo podemos ver en forma ilustrativa en la Fig. 8.

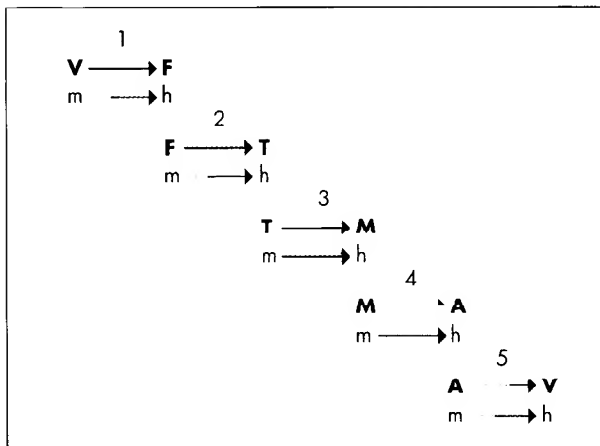


Fig. 8

## 2.3 Ciclo de destrucción

Entre estos Cinco Elementos también se establece una relación de destrucción que se explica cuando decimos que: El Viento domina a la Tierra (la dispersa), la Tierra domina al Agua (la absorbe), el Agua domina al Fuego (lo apaga), el Fuego domina al

Metal (lo funde) y el Metal domina al Viento (madera) (lo corta). De esta forma se da una relación de Vencedor-vencido (V-v) (Fig. 9). En el ciclo de destrucción se representa por líneas discontinuas.

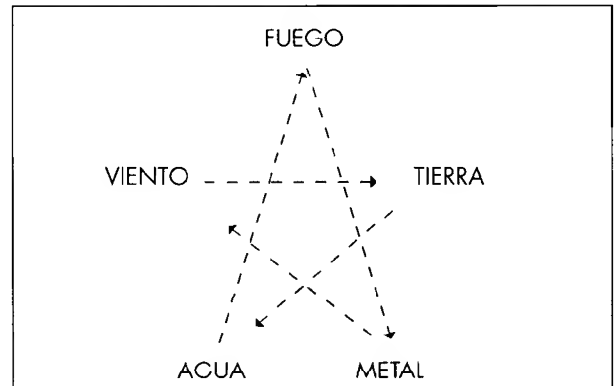


Fig. 9

## 2.4 Relación Vencedor-vencido

Podemos explicar la relación de Vencedor-vencido diciendo que: el Viento es Vencedor (V) de la Tierra (v) (V-T). La Tierra es además de vencida con respecto al Viento, Vencedora con respecto al Agua (T-A). El Agua es Vencedora del Fuego (A-F). El Fuego es Vencedor del Metal (F-M) y el Metal es Vencedor del Viento (M-V). (Fig. 10).

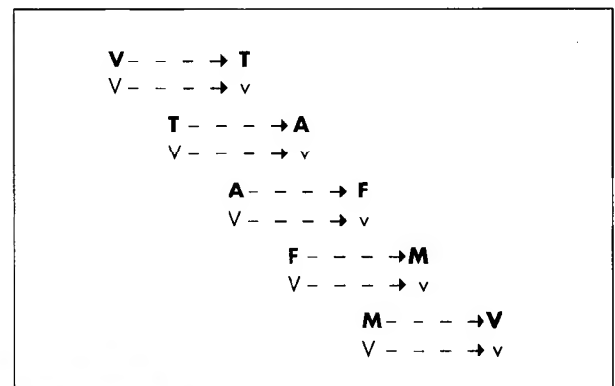
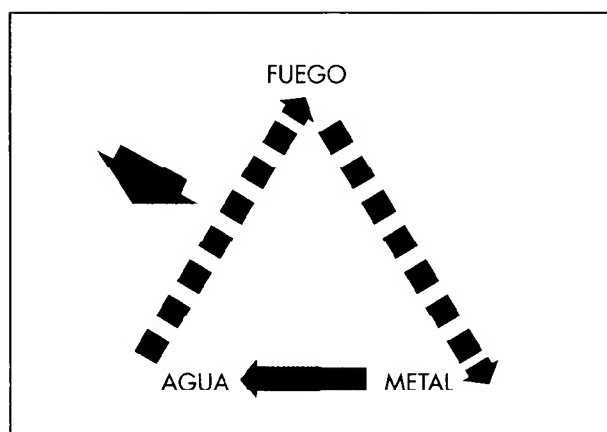


Fig. 10

Hasta aquí hemos explicado detalladamente las relaciones que se establecen entre los Cinco Elementos. Los ciclos de formación y destrucción muestran estas relaciones y se plantea que el equilibrio o balance de éstos dos ciclos es el que determina la armonía del Universo y la Salud en el hombre, específicamente.

Debemos apuntar enfáticamente, que el análisis de los ciclos expuestos nos permite afirmar, que si un elemento es fuerte, es porque el otro relacionado con él es débil y viceversa; o sea que si el Fuego es fuerte, es porque el Agua es débil y si el Fuego es débil, es porque el Agua es fuerte. El estado de un elemento es totalmente dependiente del estado del otro. Además no podemos olvidar que si un elemento es fuerte, es porque el elemento que lo generó también es fuerte, lo que implica que si el Fuego (hijo) es fuerte, es porque el Viento (madre) es fuerte. Estas combinaciones analíticas permiten múltiples variantes que se aplican tanto para el diagnóstico, como para el tratamiento médico.

Vemos también que si un elemento es muy fuerte, puede atacar al otro que es su vencedor, estableciéndose una reacción que llamamos de Ataque. Por ejemplo si el Fuego es muy fuerte puede atacar al Agua, a pesar que el Agua destruye al Fuego. (Fig. 11).

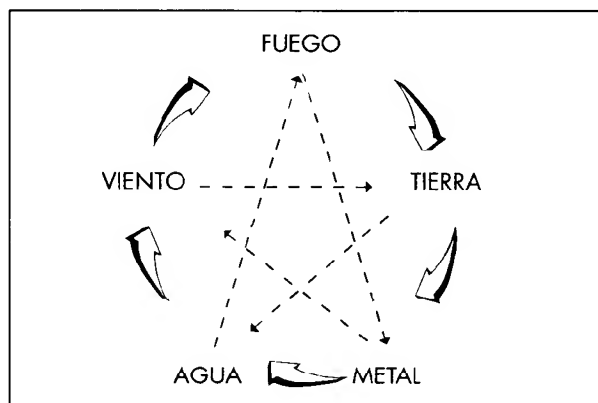


**Fig. 11**

## 2.5. Relación entre Los Cinco Elementos y los diferentes órganos

Se hace necesario, una vez establecidas las relaciones que existen entre Los Cinco Elementos, conocer las relaciones que se establecen entre los órganos del cuerpo humano y éstos, de manera que podamos aplicar los conocimientos previos y valorar la importancia que se le atribuye a toda esta teoría en la práctica médica tradicional de los países orientales. A modo de resumen y con fines didácticos presentamos en la Fig. 12 los dos ciclos ya estudiados.

Recordamos que las líneas continuas corresponden al ciclo de formación y las discontinuas al ciclo de destrucción.



**Fig. 12**

La teoría de Los Cinco Elementos ha sido aplicada a la práctica médica tradicional del Oriente y vemos que los diferentes órganos del cuerpo humano se identifican o se relacionan con estos elementos que ya conocemos. Estas teorías médicas consideran también que existen dos tipos de órganos de acuerdo a las energías "Yang-Yin", o sea: órganos Yang (huecos) y órganos Yin (macizos). También llamados, "Zang-Fu".

## 2.6. Órganos Huecos (Yang) y Macizos (Yin)\*

Los órganos "Yang" son los responsables de la transportación de alimentos y la sangre, así como de la eliminación de los desechos.

Los órganos "Yin" son responsables de la conservación y almacenamiento de esas energías derivadas de los alimentos. (Energía vital, sangre, y fluidos corporales).

Se cuentan entre los órganos "Yang" (Fu) (que corresponden también a los "Meridianos Yang") al: Intestino Grueso (IG), Intestino Delgado (ID), Triple Recalentador (TR), (cumple la función Respiratoria, Digestiva, y Genitourinaria), Vejiga (V), Vesícula Biliar (VB) y Estómago (E).

\* También llamados órganos Zang-Fu.

Los órganos “Yin” (Zang) (que corresponden a los “Meridianos Yin”) son: Pulmón (P) Corazón (C), Pericardio (PC), Riñón (R), Bazo-Páncreas (BP) e Hígado (H).

La relación de los cinco elementos con los diferentes órganos puede observarse en la Tabla 5.

para los ciclos de formación y destrucción con las funciones del organismo, tales como el anabolismo y catabolismo, la estimulación y la inhibición, etc. Por ello, en el tratamiento con la Acupuntura y la Moxibustión\* podemos determinar cuándo debemos “Dispersar” (disminuir la energía del cuerpo) o “Tonificar” (aumentar la energía del cuerpo). Tam-

**Tabla 5. Órganos huecos y macizos y su relación con los cinco elementos**

<b>Órganos Yang (Huecos)</b>	<b>Órganos Yin (Macizos)</b>	<b>Cinco Elementos</b>
VB	H	Viento
TR, ID	C, PC	Fuego
E	BP	Tierra
IG	P	Metal
V	R	Agua

**Tabla 6. Relación de los cinco elementos con fenómenos presentes en la naturaleza**

	<b>Viento</b>	<b>Fuego</b>	<b>Tierra</b>	<b>Metal</b>	<b>Agua</b>
Planetas	Júpiter	Marte	Saturno	Venus	Mercurio
Puntos Cardinales	Este	Sur	Centro	Oeste	Norte
Energías	Madera	Calor	Humedad	Sequía	Frío
Estaciones	Primavera	Verano	Intermedia	Otoño	Invierno
Órganos	Hígado	Corazón y Pericardio	Bazo y Páncreas	Pulmón	Riñón
Vísceras	Vesícula Biliar	Intestino Delgado	Estómago	Intestino Grueso	Vejiga
Tejidos	Músculos	Vasos	Tejido Conjuntivo	Piel/Pelo	Huesos
Orificios	Ojos	Oídos	Boca	Nariz/Ano	Orificios Genitales
Sentimientos	Alegría	Cólera	Meditación	Ansiedad	Miedo
Colores	Verde	Rojo	Blanco	Amarillo	Negro
Sabores	Dulce	Amargo	Insípido	Picante	Salado
Cereales o Vegetales	Trigo	Arroz	Maíz	Avena	Guisante
Animales	Pollo	Cordero	Buey	Caballo	Puerco

También existen otras relaciones con respecto a diferentes elementos y/o fenómenos presentes en la naturaleza, interpretada por el hombre como analogía a los aspectos antes mencionados. (Tabla 6).

bién esto nos permite conocer, que si tonificamos al órgano madre, estamos tonificando también al órgano hijo, o sea que si se tonifica al hígado, como

De estas relaciones se observan las diferentes reglas de tratamiento en la Acupuntura, ya que se com-

\* Tratamiento con calor en los puntos de acupuntura.

Tabla 7. Relación			
Madre - Hijo y Vencedor - vencido con relación a los órganos			
Madre	Órganos	Hijo	Órganos
V	H, VB	F	C, TR, PC, ID
F	C, TR, PC, ID	T	BP, E
T	BP, E	M	P, IG
M	P, IG	A	V, R
A	V, R	V	H, VB
Vencedor	Órganos	vencido	Órganos
V	H, VB	T	BP, E
T	BP, E	A	V, R
A	V, R	F	C, TR, PC, ID
F	C, TR, PC, ID	M	P, IG
M	P, IG	V	H, VB

consecuencia estamos tonificando también al corazón, ya que el primero es la madre del segundo (Tabla 7). Por otra parte la tonificación del órgano dominante (vencedor), seda al órgano dominado

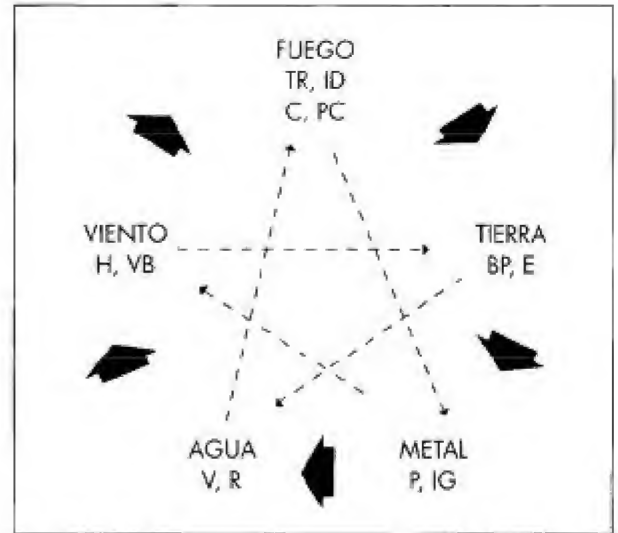


Fig. 13

(vencido), o sea, que tonificando al hígado, sedamos al bazo. Todo esto está regido por la relación Vencedor - vencido. En la Fig. 13, resumimos estas relaciones que ya hemos explicado anteriormente.



### 3. Localización de los Puntos en los Meridianos

#### 3.1. Medidas para la localización de los Puntos de Acupuntura

Los puntos de acupuntura pueden ser localizados tomando como referencia algunas estructuras anatómicas de la superficie del cuerpo como son: bordes de los huesos, adyacencias a tendones, en surcos, relacionados con las vértebras, prominencias musculares, etc. Sin embargo, existe otro sistema

de medida que esta en correspondencia con el propio paciente llamado "cun" y es considerado como criterio de localización individual de los puntos de acupuntura. Estas relaciones se ajustan tanto al hombre o mujer adulto, como al niño y el anciano.

El cun se localiza con los dedos de la mano y en relación con estructuras anatómicas del cuerpo. Con esta información estamos en condición de comprender mejor la localización de cada uno de los puntos de Acupuntura. Las relaciones anatómicas del cun se pueden observar en las Figuras 14, 15, 16, 17, 18 y 19

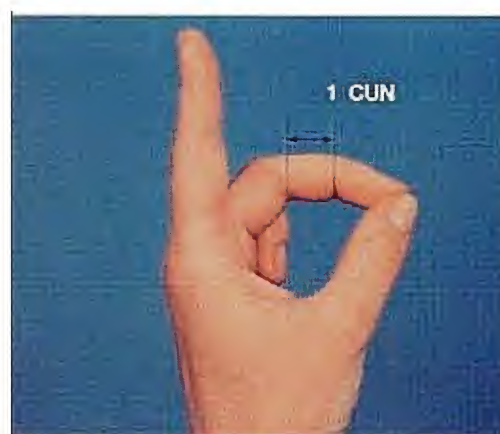


Fig. 14

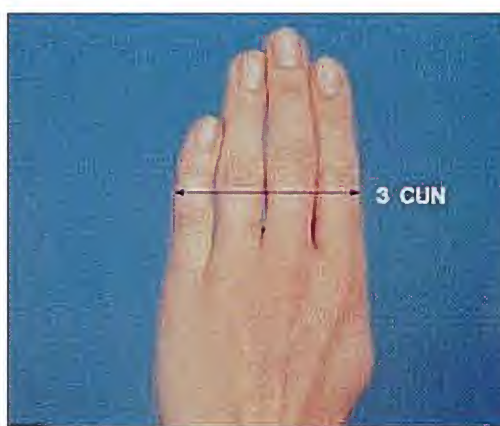
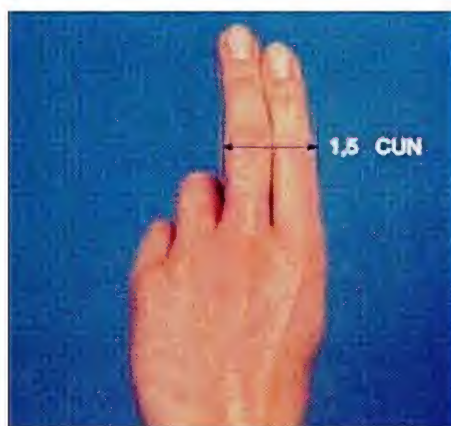


Fig. 15

lización de animales y plantas medicinales procesadas para ingerir en infusiones, licores, etc., método de relajación, masajes y ejercicios, todos con fines curativos.

La Acupuntura y la Moxibustión, ramas de la Medicina Tradicional, fueron nombradas por los jesuitas misioneros que visitaron la China en el siglo XVII. Inicialmente la describieron como Acupuntura (del latín: Acus: agujas y Punctura: punzada) y Moxibustión (de la raíz japonesa Mogusa, que está relacionada con el calor). En esta obra solamente nos referimos a la Acupuntura, aunque en el tratamiento con la Moxibustión se utilizan los mismos puntos.

Con la Acupuntura se logran efectos terapéuticos en diversas dolencias y enfermedades por medio de agujas finas insertadas en diferentes puntos distribuidos por todo el cuerpo. Las líneas que unen a los diferentes puntos distribuidos por todo el cuerpo se denominan Meridianos o Canales, los que se señalan a continuación, en la Tabla 8

Tabla 8			
Nombres de los Meridianos o Canales			
I Pulmón	(P)	VIII Riñón	(R)
II Intestino Grueso	(IG)	IX Pericardio	(PC)
III Estómago	(E)	X Triple Recalentador	(TR)
IV Bazo-Páncreas	(BP)	XI Vesícula Biliar	(VB)
V Corazón	(C)	XII Hígado	(H)
VI Intestino Delgado	(ID)	XIII Vaso Gobernador	(VG)
VII Vejiga	(V)	XIV Vaso Concepción	(VC)

Estos Meridianos tienen un flujo de energía que comienza en el Meridiano del Pulmón y termina en el Meridiano del Hígado con la opción de regresar nuevamente al Meridiano del Pulmón o llegar a éste, a través de los Meridianos Vaso Gobernador y Vaso Concepción, respectivamente (Fig. 20).

Tomando en cuenta que el flujo de la energía a través de los Meridianos es un circuito cerrado, pudiera pensarse que el comienzo sería indistintamente en cualquiera de ellos. Sin embargo los antiguos chinos comienzan su estudio por el Meridiano del Pulmón considerando que el inicio de la vida se manifiesta con el grito del recién nacido en el pri-

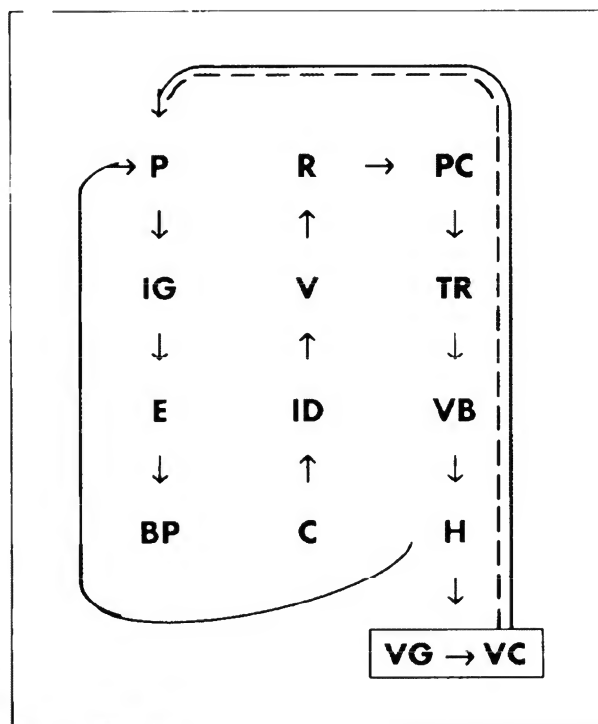
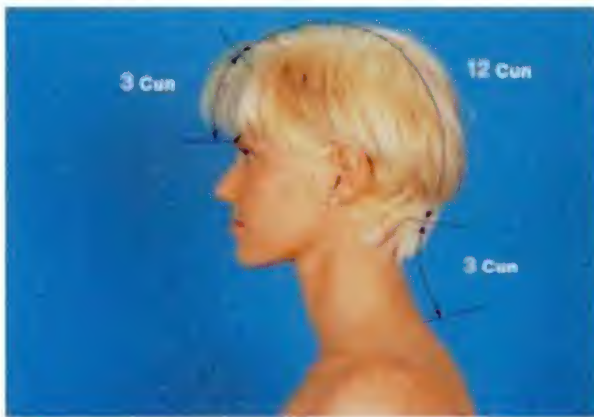


Fig. 20

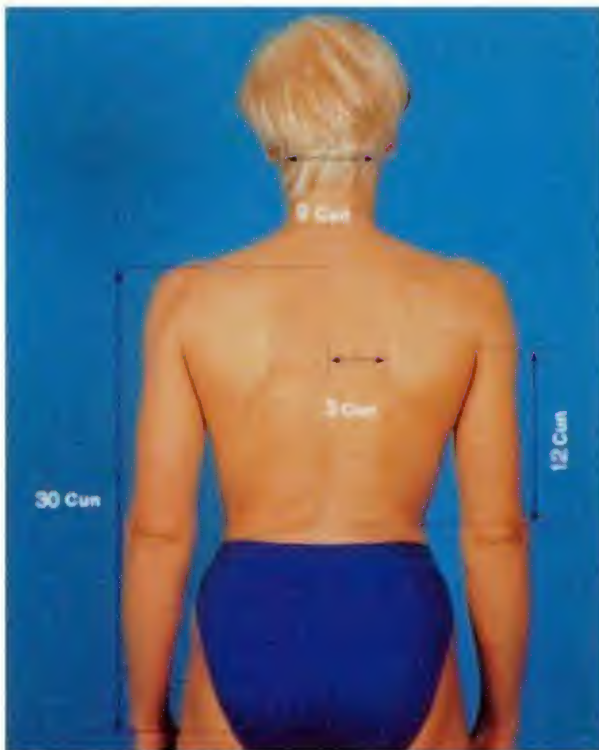
mer movimiento respiratorio. De igual forma le atribuyen dos horas del día de máxima actividad a cada Meridiano en el orden de la circulación, comenzando a las 3 h. (3 am) (Tabla 9)

Tabla 9			
Secuencia de Actividad de los Meridianos			
Hora de máxima actividad		Meridiano (Yin/Yang)	
3h	a 5h	Pulmón	(Yin)
5h	a 7h	Intestino Grueso	(Yang)
7h	a 9h	Estómago	(Yang)
9h	a 11h	Bazo-Páncreas	(Yin)
11h	a 13h	Corazón	(Yin)
13h	a 15h	Intestino Delgado	(Yang)
15h	a 17h	Vejiga	(Yang)
17h	a 19h	Riñón	(Yin)
19h	a 21h	Pericardio	(Yin)
21h	a 23h	Triple Recalentador	(Yang)
23h	a 1h	Vesícula Biliar	(Yang)
1h	a 3h	Hígado	(Yin)





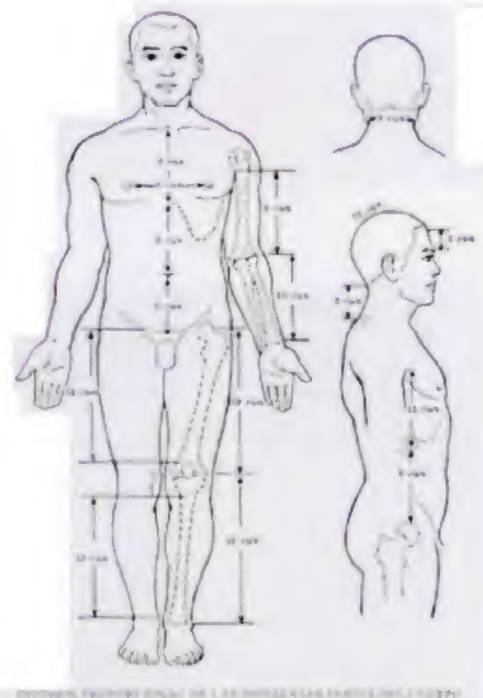
**Fig. 16**



**Fig. 17**



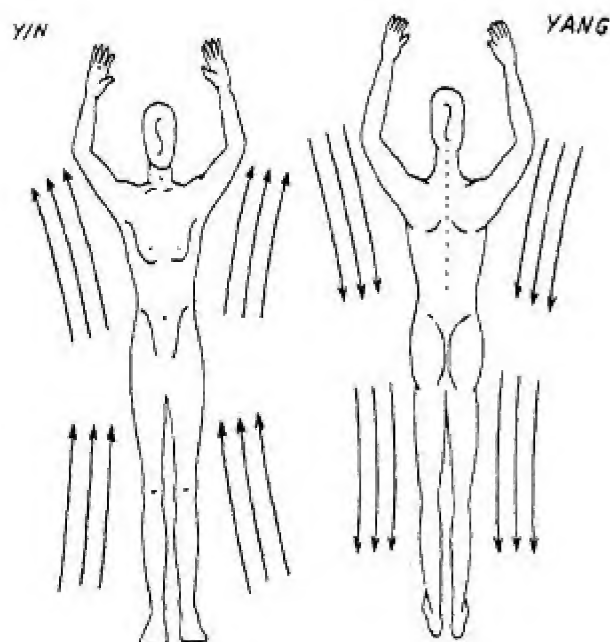
**Fig. 18**



**Fig. 19**

### 3.2. Los Meridianos y su relación con el flujo de energía

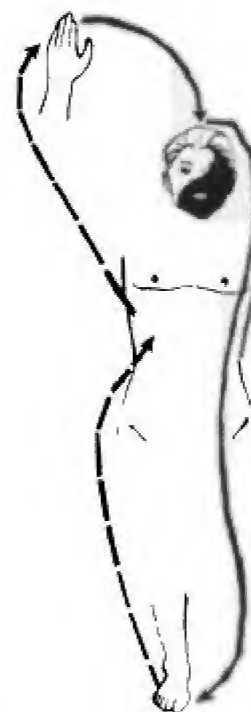
Como se ha señalado, la Acupuntura forma parte de la Medicina Tradicional Asiática conjuntamente con otros procedimientos terapéuticos como son la uti-



**Fig. 21**

Si observamos el sentido del flujo de la energía a través de los Meridianos Yin y los Meridianos Yang en el hombre en posición erguida y con los brazos extendidos hacia arriba, constataremos que los Yin se dirigen desde los pies a la extremidad de los dedos de la mano pasando por el tórax, mientras que los Yang se dirigen desde la punta de los dedos de la mano hasta los pies, pasando por la cabeza, en analogía de que la energía Yin va desde la tierra (Yin) hacia el cielo (Yang) y la energía Yang va desde el cielo (Yang) a la tierra (Yin). Lo más alto, el cielo (cosmos), es Yang y lo más bajo, la tierra, es Yin (Fig. 21). La conexión Yin-Yang ocurre en las extremidades de los dedos, sean las manos o los pies. Por el contrario las conexiones Yin-Yin o Yang-Yang ocurren en la región anterior del tórax y en la cabeza respectivamente (Fig. 22).

Con el fin de profundizar en el estudio de los Meridianos, podemos decir que existen tres grupos, representando funciones distintas en la circulación de la energía, a través del cuerpo. Estos grupos son los siguientes:



**Fig. 22**

1. **El grupo de la Gran Circulación.**
2. **El grupo de la Pequeña Circulación.**
3. **El grupo de los Vasos Maravillosos.**

El grupo de la Gran Circulación corresponde a los 12 Meridianos bilaterales, o sea, se encuentran distribuidos a ambos lados del cuerpo. El grupo de la Pequeña Circulación corresponde a los dos Meridianos que se distribuyen en la línea media que son: Vaso Gobernador y Vaso Concepción, posterior y anterior respectivamente. Por último, el grupo de los Vasos Maravillosos comprende 8 vasos que en realidad son Meridianos virtuales, ya que se expresan o se ponen de manifiesto solamente en estados patológicos. Además, no cuentan con puntos propios y su circulación atraviesa puntos de los dos grupos anteriores.

En esta obra nos ocuparemos de los Meridianos que corresponden a los dos primeros grupos que son en total 14 Meridianos y 361 puntos. El número de puntos y el recorrido de éstos meridianos a través del cuerpo podemos detallarlos en la Tabla 10.

Tabla 10 Los Meridianos, su recorrido y el número de Puntos					
Nº de Puntos	Meridianos y Puntos		Recorrido MS MI LM		
Menor a 10	PC	9	X		
	C	9	X		
Entre 10 y 20	P	11	X		
	H	14		X	
	ID	19	X		
	IG	20	X		
Entre 21 y 30	BP	21		X	
	TR	23	X		
	VC	24			X
	R	27		X	
	VG	28			X
Entre 31 y 40	—	—	—		
Entre 41 y 50	VB	44		X	
	E	45		X	
Mayor a 60	V	67		X	
Totales	14	361	6	6	2
MS: Miembro Superior, MI: Miembro Inferior, LM: Línea Media					

Con todos éstos antecedentes estamos en condiciones de pasar al recorrido de los Meridianos así como la localización de cada uno de los puntos. También nos referiremos a otros que por estar fuera de los Meridianos se les denominan EXTRAS.

#### 4. Recorrido Anatómico de los Meridianos

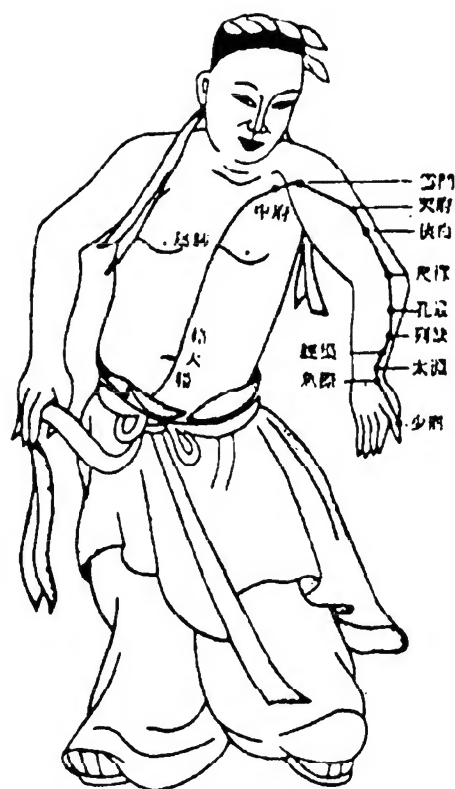
##### 4.1. Meridiano del Pulmón (P) YIN (Fig. 23)

Comienza en la fosa infraclavicular lateral a la segunda costilla. Continúa su recorrido por la cara ventral del miembro superior, a lo largo de su borde radial y termina en el ángulo ungueal radial del dedo pulgar de la mano.

Consta de 11 puntos.

##### 4.2. Meridiano del Intestino Grueso (IG) YANG (Fig. 24)

Comienza cerca del ángulo ungueal radial del segundo dedo de la mano. Sigue su trayectoria por el



Meridiano de Pulmón

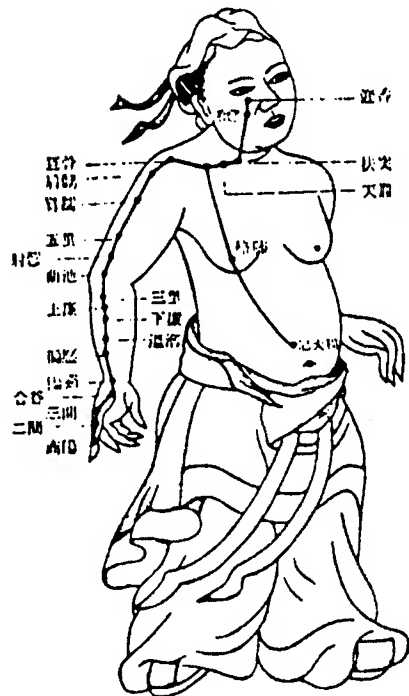
Fig. 23

miembro superior cara dorsal, borde radial, atraviesa el triángulo supraclavicular y la mandíbula, continuando por el surco nasolabial y termina en el pliegue nasolabial del lado opuesto.

Consta de 20 puntos.

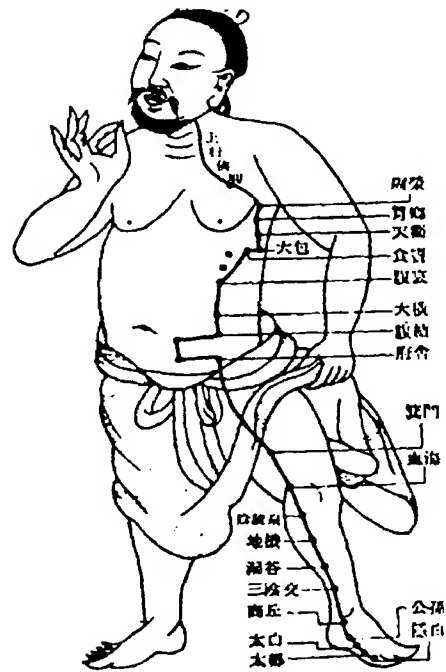
##### 4.3. Meridiano del Estómago (E) YANG (Fig. 25)

Comienza debajo del ojo en la mitad del reborde orbitario inferior. Continúa su trayectoria por el Pómulos, hasta la comisura labial. Cambia de dirección y sigue paralelo al borde de la mandíbula, hasta la mitad del músculo masetero. A continuación sube atravesando la articulación temporomaxilar y termina en la sutura temporofrontal a 1 cm sobre el naci-



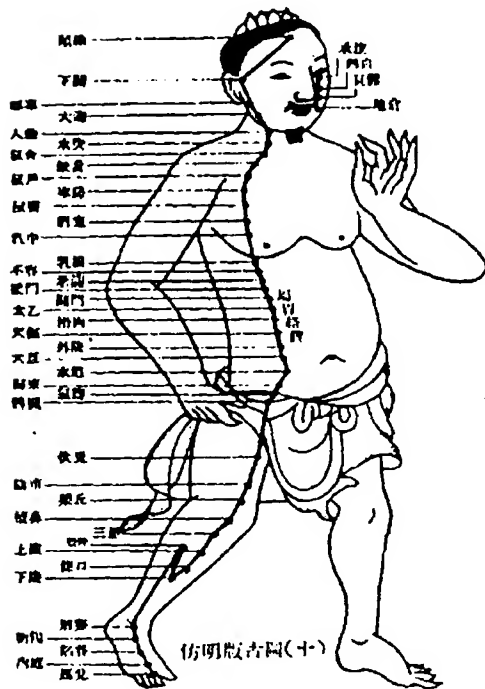
Meridiano de Intestino Grueso

Fig. 24



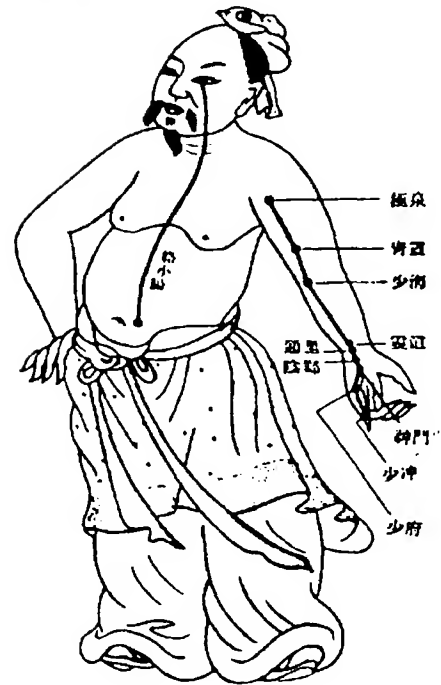
Meridiano de Bazo-Páncreas

Fig. 26



Meridiano de Estómago

Fig. 25

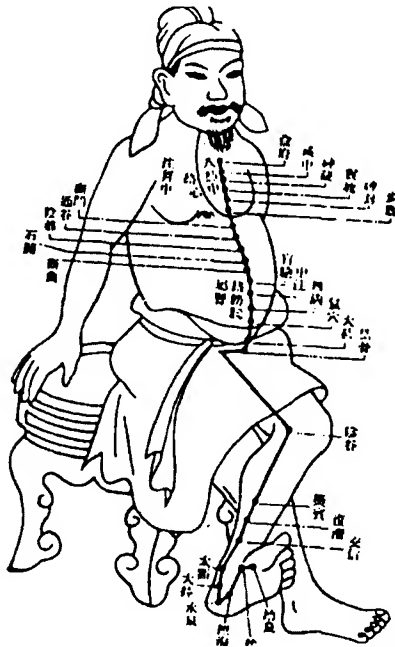


Meridiano del Corazón

Fig. 27

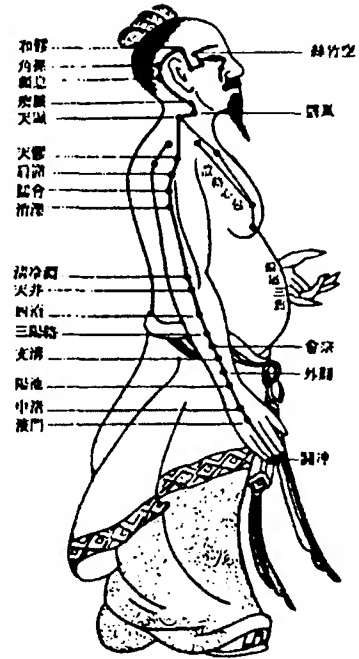






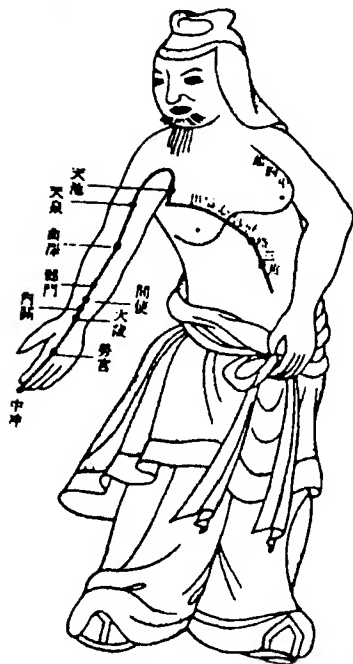
Meridiano del Riñón

Fig. 30



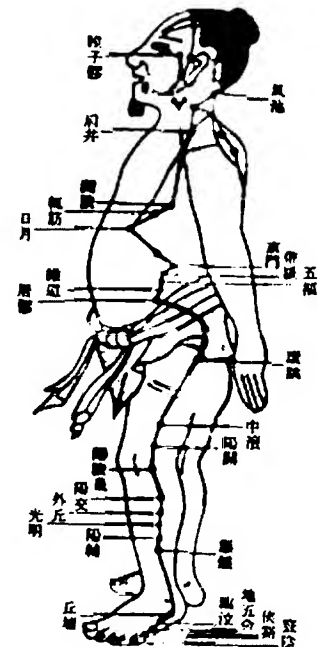
Meridiano de Triple Calentador

Fig. 32



Meridiano del Pericardio

Fig. 31



Meridiano de Vesícula Biliar

Fig. 33

#### 4.7. Meridiano de la Vejiga (V) YIN (Fig. 29)

Comienza medial a la comisura palpebral interna, corre hacia arriba y atrás por la bóveda craneana, baja por la nuca y se divide en dos ramas, que van paralelas por el dorso del tronco. Se alejan en la nalga, se cruzan en la cara posterior del muslo y se unen en el hueco poplíteo. Sigue por la región posterolateral de la pierna, contornea el maléolo peroneo, por detrás y sigue por el borde externo del pie hasta terminar cerca del ángulo ungueal externo del quinto dedo del pie.

Consta de 67 Puntos.

#### 4.8. Meridiano del Riñón (R) YIN (Fig. 30)

Comienza en la región plantar, a nivel del tercer metatarsiano, en la unión del tercio anterior del pie con los dos tercios posteriores contornea el borde interno del pie, pasa detrás del maléolo tibial, donde forma una especie de lazo, sube por la cara interna del miembro inferior, contornea los genitales y sube por el abdomen y tórax cerca del esternón para terminar por debajo de la clavícula.

Consta de 27 Puntos.

#### 4.9. Meridiano del Pericardio (PC) YIN (Fig. 31)

Comienza en el cuarto espacio intercostal por fuera de la línea medio-clavicular. Sube por la pared torácica entre los Meridianos del Estómago y el Bazo. Pasa a la cara ventral del brazo, cruza el pliegue del codo, sigue por la línea media del antebrazo y palma de la mano, para terminar en el extremo del dedo medio de la mano.

Consta de 9 Puntos.

#### 4.10. Meridiano del Triple Recalentador (TR) YANG (Fig. 32)

Comienza en el ángulo ungueal cubital del dedo anular, cruza el dorso de la mano hacia la línea media en la muñeca y sigue en ésta posición posterior atravesando el antebrazo, codo y brazo hasta el hom-

bro, cruza la espina del omoplato, sube por el triángulo posterior del cuello hasta detrás del lóbulo de la oreja, contornea el pabellón hasta el trago y cruza la sien para terminar en la cola, de la ceja.

Consta de 23 Puntos.

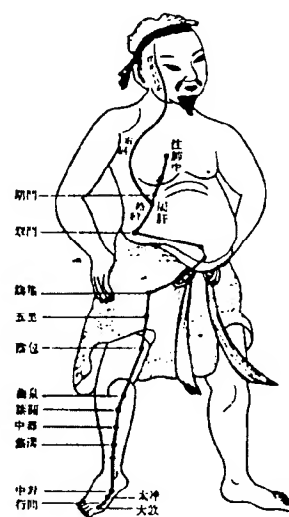
#### 4.11. Meridiano de la Vesícula Biliar (VB) YANG (Fig. 33)

Comienza en la comisura palpebral externa, corre hacia el trago, contornea tres veces la oreja, haciendo una curva compleja de tres medialunas entre los meridianos TR y V. Llega a la nuca, cruza el triángulo supraclavicular, alcanza la axila, forma un zigzag en la cara lateral del tronco hasta detrás del trocánter mayor. Sigue por la cara externa del miembro inferior, pasa por delante del maléolo peroneo al dorso del pie, para terminar en el ángulo externo del cuarto dedo del pie.

Consta de 44 Puntos.

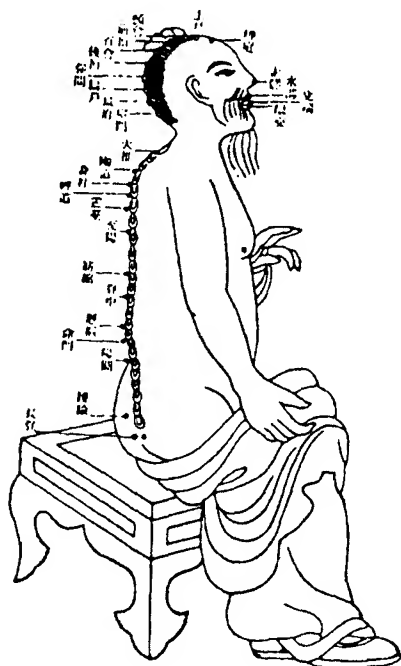
#### 4.12. Meridiano del Hígado (H) YIN (Fig. 34)

Comienza en el ángulo ungueal externo del dedo pulgar del pie, corre por el dorso del pie, pasa por delante del maléolo interno, sigue por el borde in-



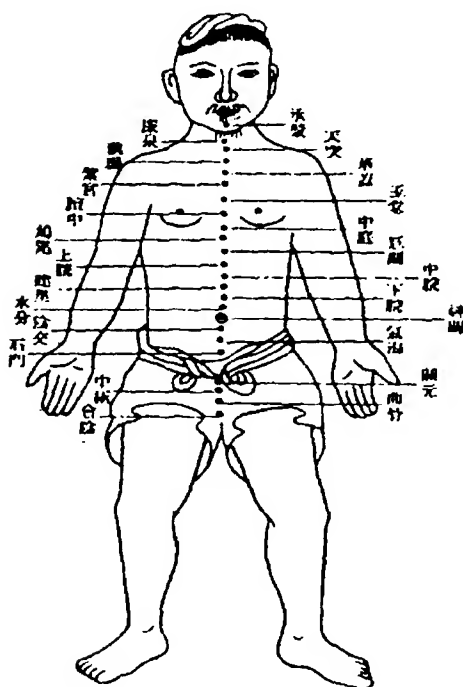
Meridiano del Hígado

Fig. 34



Meridiano de Vaso Gobernador

**Fig. 35**



Meridiano de Vaso Concepción

**Fig. 36**

terno de la tibia, continúa por la cara interna del muslo, atraviesa el segmento medial de la arcada crural, sube por la pared abdominal hasta alcanzar la punta de la undécima costilla y vuelve hacia la línea media para terminar en el sexto espacio intercostal, línea medioclavicular.

Consta de 14 Puntos.

#### 4.13. Meridiano del Vaso Gobernador (VG) YANG (Fig. 35)

Comienza en el extremo del coxis en la línea media posterior, asciende por la columna vertebral hasta la nuca, contornea la calota, baja por el dorso de la nariz al labio superior para terminar dentro de la boca, en el medio del surco gingival.

Consta de 28 Puntos.

#### 4.14. Meridiano del Vaso Concepción (VC) YIN (Fig. 36)

Comienza en el periné, en el rafe entre el ano y los genitales, asciende por la línea media anterior del abdomen, tórax, cuello y mentón. Termina en el borde alveolar de la mandíbula.

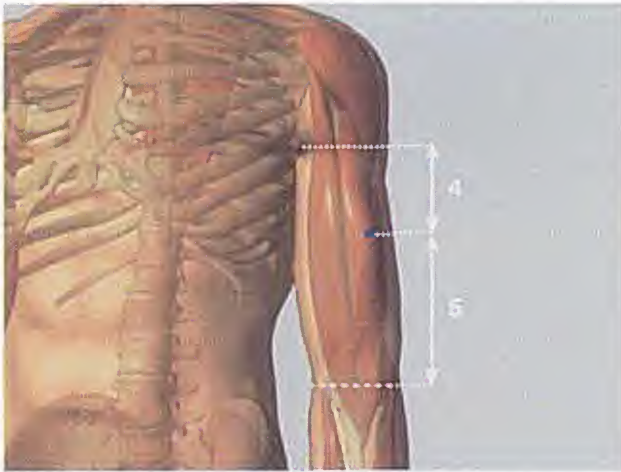
Consta de 24 Puntos.

### 5. Localización Anatómica de los puntos de Acupuntura

#### 5.1. Meridiano del Pulmón (P) (-) YIN (Fig. 37)

Comienza en la fosa infraclavicular, asciende hasta el borde inferior de la clavícula (Punto 2 P), continúa su recorrido por la cara ventral del miembro superior sobre el músculo bíceps, cruza el pliegue del codo por fuera de su tendón (Punto 5 P). Continúa a lo largo del borde radial del brazo, recorre el borde externo de la Eminencia Tenar y termina en el ángulo ungueal radial del dedo pulgar de la mano.

Consta de 11 Puntos.



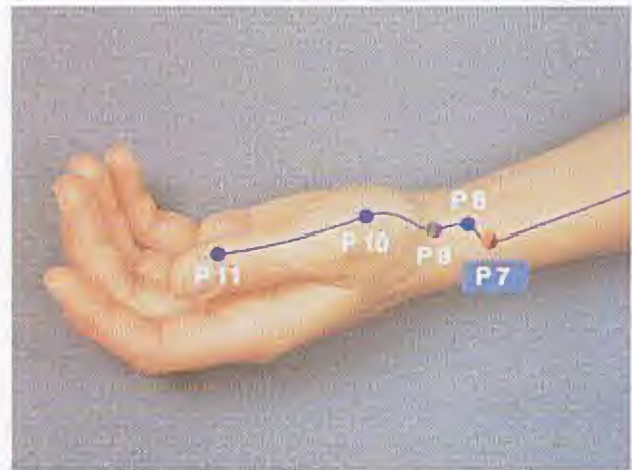
**Fig. 40**



**Fig. 43**



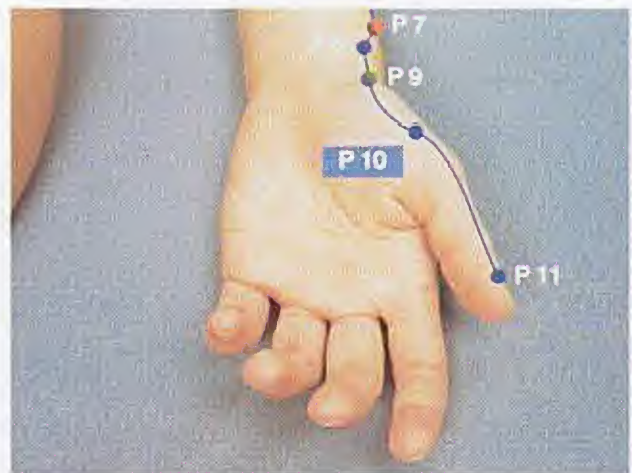
**Fig. 41**



**Fig. 44**

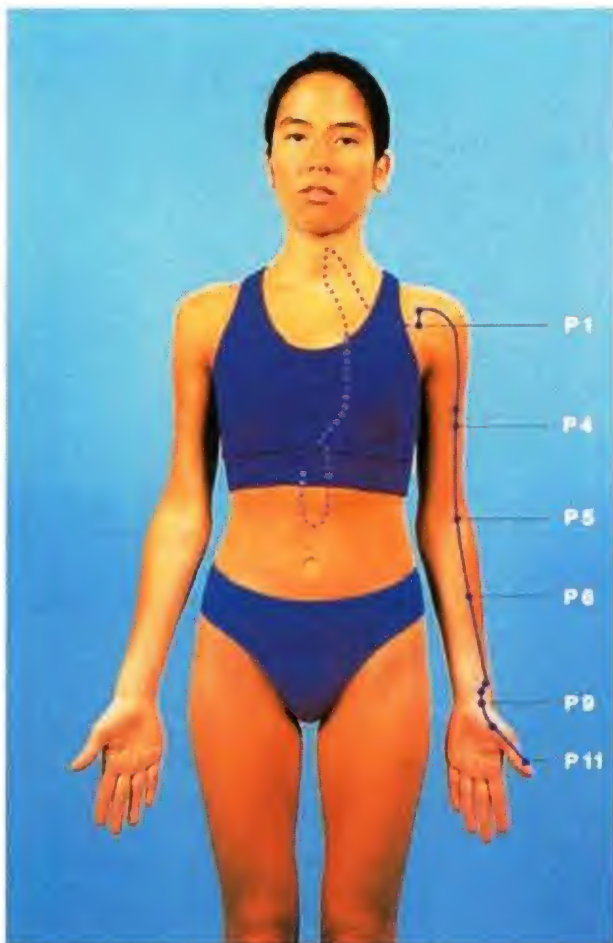


**Fig. 42**



**Fig. 45**





**Fig. 37**



**Fig. 38**



**Fig. 39**

**Cinco Elementos:** Metal.

**Función:** Está en relación con la función del Pulmón y las Vías Respiratorias Superiores (FOSAS NASALES, SENOS PARANASALES, LARINGE).

**Sentido del flujo de la energía:** CENTRÍFUGO\*

**Unión con otro meridiano:** IG en los dedos de la Mano

**Los puntos se localizan de la siguiente forma:**

- 1 P. En la parte anterior del tórax, por fuera de la convexidad infero-externa de la II costilla, 1 cun directamente debajo del punto 2 P (Fig. 38)
- 2 P. En el borde inferior del tercio externo de la clavícula. En la fosa infraclavicular
- 3 P. En la cara anterior del brazo en el surco radial del músculo bíceps. A 3 cun por debajo del pliegue axilar. Si se levanta el brazo contra la cara del paciente, la punta de la nariz indicará la ubicación del punto (Fig. 39)
- 4 P. En la cara anterior del brazo, en el surco radial del músculo bíceps. A 4 cun por debajo del pliegue axilar (Fig. 40)
- 5 P. En el pliegue de flexión del codo, en el borde externo del tendón del músculo bíceps, donde se palpa una depresión (Figs. 41, 42).

\* El término centrífugo y centrífugo si el flujo de energía del Meridiano se acerca o se aleja de la cabeza

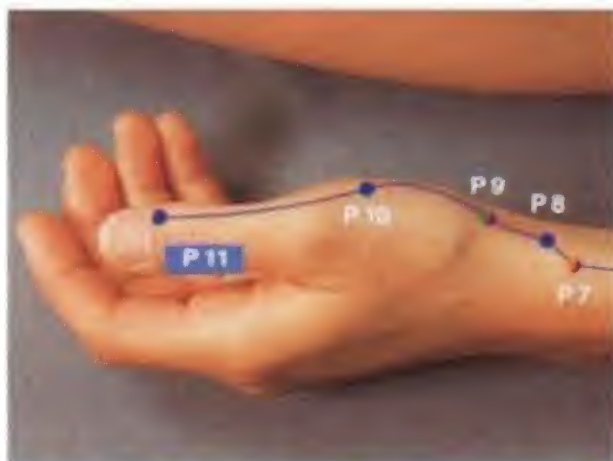


Fig. 46

- 6 P. A tres traveses de dedos por debajo del pliegue del codo. Sobre la cara antero-externa del antebrazo. En el borde externo del radio.
- 7 P. Sobre el borde externo del radio, en una fosita que se encuentra por encima de la muñeca. Se puede localizar cruzando los pulgares de las dos manos. El dedo índice de la mano colocada sobre el antebrazo indicará la ubicación del punto (Figs. 43, 44).
- 8 P. En el borde radial de apófisis estiloides del radio.
- 9 P. En una depresión sobre el pliegue de flexión de la muñeca. Por fuera del tendón del músculo palmar mayor.
- 10 P. Sobre la cara palmar de la eminencia tenar, en la mitad del borde cubital del primer metacarpiano (Fig. 45).
- 11 P. Por fuera del ángulo ungueal radial del dedo pulgar (Fig. 46).

Los puntos de este meridiano se encuentran ubicados:

- En los bordes de los huesos:** como el 6 P que se encuentra en el borde externo del radio. El 8 P que se localiza en el borde radial de la apófisis estiloides del radio.
- 2. Adyacente a tendones:** como el 5 P que se localiza en el borde radial del tendón del músculo bíceps, a nivel del pliegue de flexión del codo.

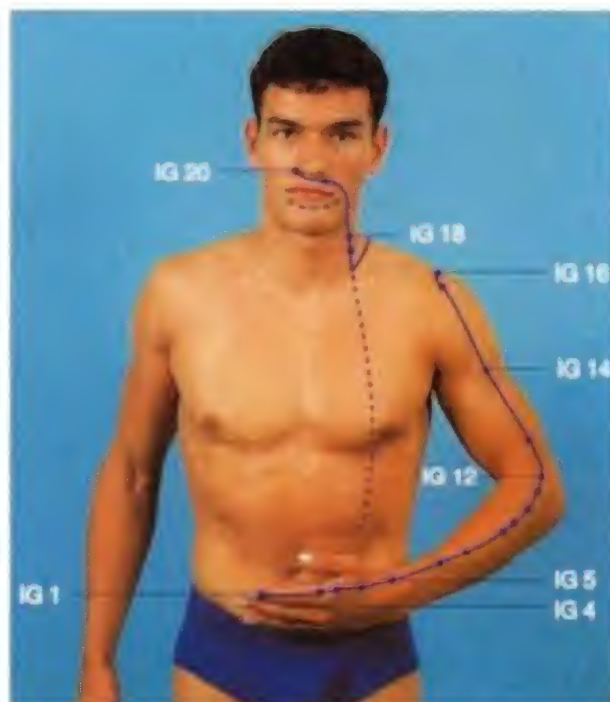


Fig. 47

- 3 En surcos:** como el 3 P y el 4 P que se localizan en el surco radial del músculo del bíceps braquial.

## 5.2. Meridiano del Intestino Grueso (IG) (+) YANG (Fig. 47)

Comienza cerca del ángulo ungueal del 2º dedo de la mano, continúa por su borde radial a lo largo del segundo metacarpiano, pasa por el ángulo formado por los dos primeros metacarpianos (Punto 4 IG). Sigue su trayectoria por el borde radial del antebrazo, en su cara dorsal, en línea recta hasta el pliegue de flexión del codo (Punto 11 IG). De allí continúa por la cara dorsal del brazo hasta la zona antero externa de la articulación acromio-clavicular (Punto 15 IG) y asciende por el cuello sobre el músculo esternocleidomastoideo (Punto 18 IG) hasta la mandíbula, continúa por el surco nasolabial y termina en el lado opuesto.

Consta de 20 Puntos.

Cinco Elementos: Metal



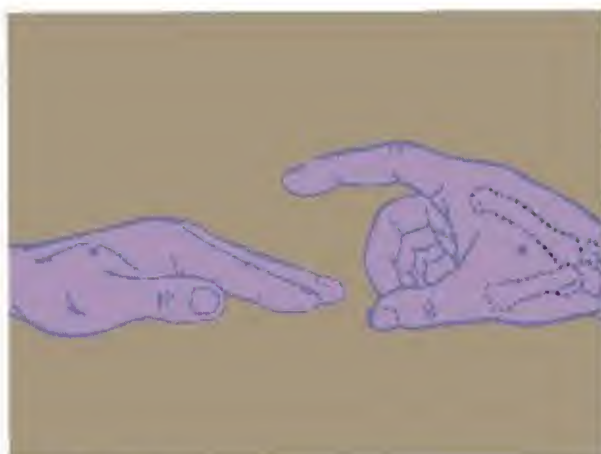


Fig. 48



Fig. 51



Fig. 49

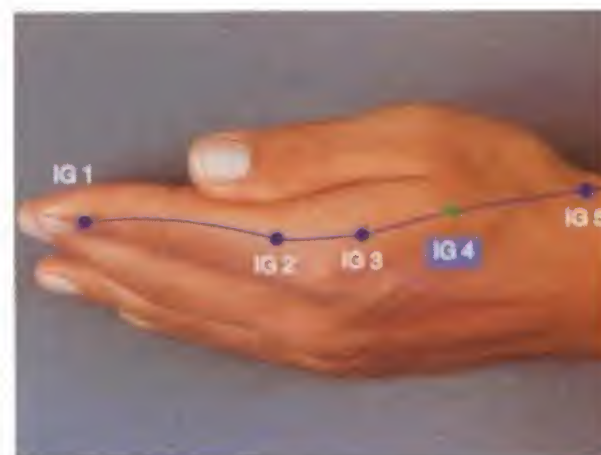


Fig. 50

**Función:** Está en relación con la función del Intestino Grueso.

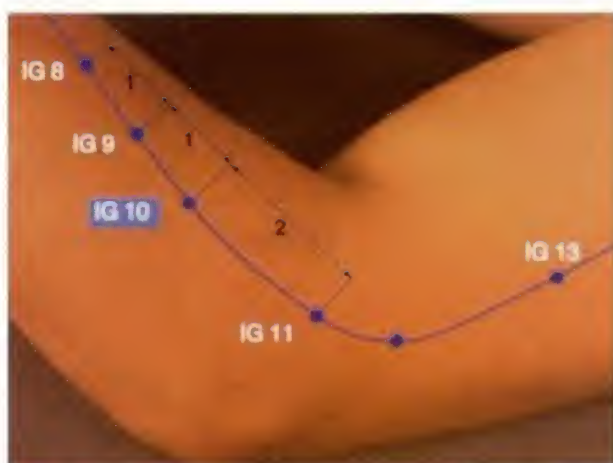
**Sentido del flujo de la energía:** CENTRÍPETO.

**Unión con otro meridiano:** E en la Cabeza.

**Los puntos se localizan de la siguiente forma:**

- 1 IG. A 2mm del ángulo ungueal radial, del dedo índice de la mano.
- 2 IG. En la cara radial del dedo índice distal a la articulación metacarpofalángica. En el borde radial del cuello proximal de la primera falange del dedo índice de la mano.
- 3 IG. En la cara radial del segundo hueso metacarpiano en una depresión situada entre la cabeza distal y el cuello.
- 4 IG. Entre los dos primeros metacarpianos, un poco por delante de la base del segundo metacarpiano. Sobre la cara dorsal de la mano (Figs. 48, 49, 50).
- 5 IG. En el fondo del hueco de la tabaquera anatómica, entre los tendones de los músculos extensores largo y corto del dedo pulgar (Fig. 51).
- 6 IG. A 3 cun por encima del punto 5 IG, sobre el borde lateral del radio. Si se cruza la mano como hemos hecho para localizar el 7 P, el extremo del dedo medio indicará el punto.
- 7 IG. En el borde lateral del radio, a 5 cun por encima del 6 IG.
- 8' IG. A 4 cun por debajo del punto 11 IG. En el borde lateral del radio.



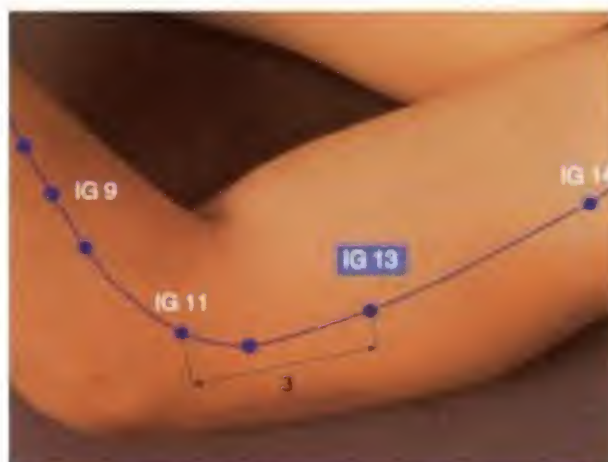


**Fig. 52**



**Fig. 53**

- 9 IG. A 3 cun por debajo del punto 11 IG. En el borde cubital del radio.
- 10 IG. A 2 cun por debajo del punto 11 IG. En el borde cubital del radio (Fig. 52).
- 11 IG. Fuera del extremo externo del pliegue del codo, entre el pliegue y el borde del epicóndilo lateral del húmero. La distancia entre el punto 5 IG y 11 IG es de 12 cun.
- 12 IG. Cuando el brazo está flexionado a 1 cun, por encima del epicóndilo lateral del húmero. En su borde lateral (Fig. 53).
- 13 IG. Se localiza en una línea que une a los puntos 11 IG y 15 IG, a 3 cun por encima del punto 11 IG (Fig. 54).
- 14 IG. En la cara lateral externa del brazo. En el borde antero-inferior del músculo deltoides, en relación con el borde medial del húmero.
- 15 IG. En el hombro, directamente por fuera de la articulación acromioclavicular en una depresión por fuera del acromion, entre éste y la cabeza humeral.
- 16 IG. En la fosa sub-espinosa, en la parte superior y externa de espalda, en el ángulo formado por el acromion y la clavícula.
- 17 IG. En la cara lateral del cuello, en el borde posterior del músculo esternocleidomastoideo (Fig. 55).
- 18 IG. En la cara lateral del cuello entre las dos ramas del músculo esternocleidomastoideo. En una horizontal que pasa por encima del cartílago tiroideo. A 1 cun por encima del 17 IG y a 3 cun lateral al cartílago tiroideo (Fig. 56).



**Fig. 54**



**Fig. 55**



**Fig. 56**

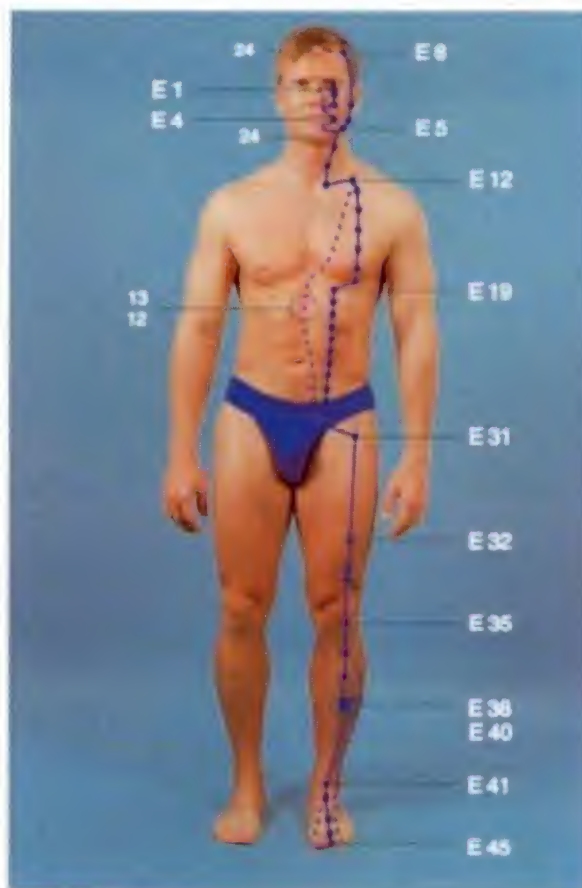


**Fig. 57**

- 19 IG. Sobre el labio superior, lateral al punto 26 VG.  
20 IG. En el pliegue nasolabial. A nivel del punto medio del borde lateral del ala nasal (Fig. 57).

Los puntos de este meridiano se encuentran ubicados:

**En el borde de los huesos:** Los puntos 9 IG y 10 IG se localizan en el borde cubital del radio. Mientras que los puntos 6 IG, 7 IG y 8 IG se ubican en el borde lateral del radio.



**Fig. 58**

Por otro lado, el 12 IG se ubica en el borde lateral del húmero. El punto 3 IG se ubica en la cara radial del 2º metacarpiano y el 4 IG lateral al 2º metacarpiano a nivel del cuello proximal.

### 5.3. Meridiano del Estómago (E) (+) YANG (Fig. 58)

Comienza debajo del ojo en la mitad del reborde orbitario inferior, desciende por una perpendicular que pasa por el centro de la pupila. Los puntos 1E, 2E, 3E y 4E están en una línea que llega a nivel de la comisura labial. Cambia de dirección y sigue paralelo al borde de la mandíbula hasta la mitad del músculo masetero (Puntos 5E y 6E). A continuación sube atravesando la articulación temporomandibular y termina en la sutura temporofrontal, 1 cm sobre el



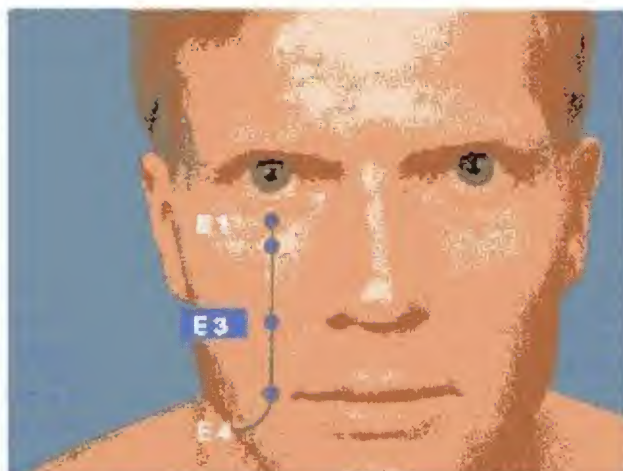


Fig. 59



Fig. 60

nacimiento del cabello (Punto 8 E). Desde el borde anterior del músculo masetero, desciende por el cuello anterior, cruza el tórax por la línea mamilar y en el abdomen se aproxima a la línea media, continuando por la cara anterior del muslo y pierna, por fuera del borde de la tibia. Cruza la garganta del pie por la parte media del dorso del pie (Punto 41 E), para terminar por fuera del ángulo ungueal externo del segundo dedo del pie.

Consta de 45 Puntos.

**Cinco Elementos:** Tierra.

**Función:** Está en relación con el Estómago, el Duodeno y sus funciones.

**Sentido del flujo de la energía:** CENTRÍFUGO.

**Unión con otros meridianos:** B en los dedos del Pie.

**Los puntos se localizan de siguiente forma:**

- E. A nivel del reborde orbitario inferior por debajo del ojo, vertical de la pupila.
- 2 E. En la misma vertical del punto 1 E por debajo de éste, a nivel de la depresión infra-orbitaria.
- 3 E. En la misma vertical de los puntos 1 E y 2 E a nivel de una línea horizontal que pasa por el borde inferior del ala de la nariz (Fig. 59).
- 4 E. A 4 mm por fuera de la comisura de la boca, en el pliegue nasolabial (Fig. 60).

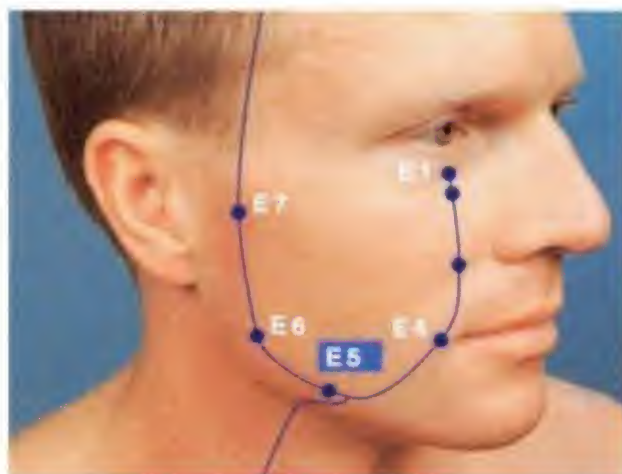
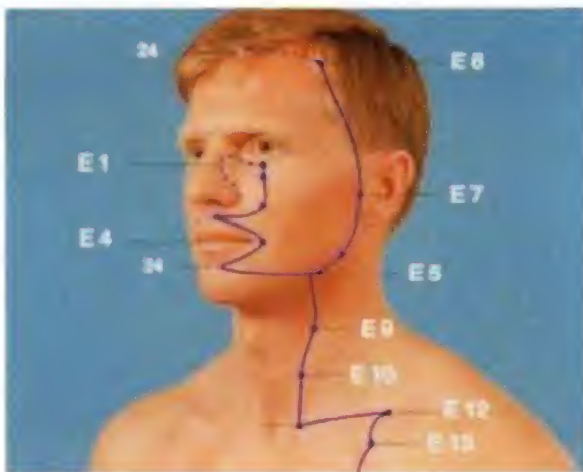


Fig. 61

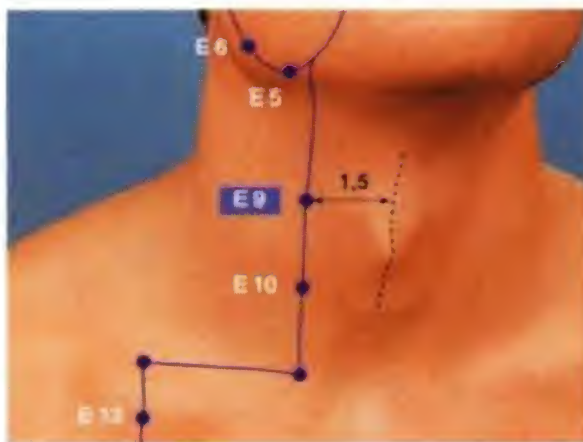
- 5 E. Por delante del ángulo de la mandíbula en el borde anterior del músculo masetero, en una depresión que aparece cuando éste está contraído (Fig. 61).
- 6 E. Por arriba del ángulo de la mandíbula, en la parte más prominente del m. masetero.
- 7 E. Delante del trago de la oreja, en una pequeña fosita, que se encuentra a 8 mm delante del trago. Al abrir la boca, ésta pequeña fosita se llena con el cóndilo de la mandíbula. La boca debe estar cerrada para puncionarlo.
- 8 E. A nivel del ángulo del cabello, en la parte superior de la Frente. Delante de la sutura Fronto-Parietal (Fig. 62).



**Fig. 62**



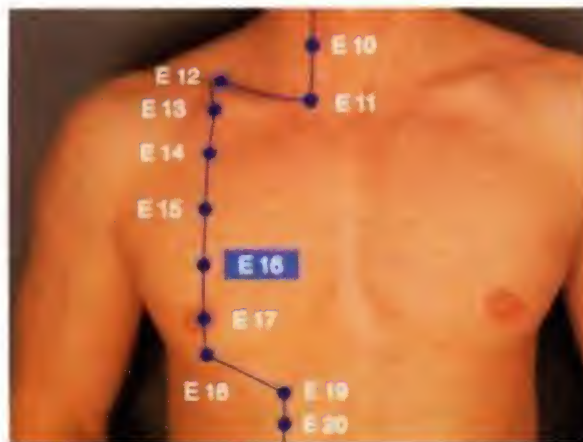
**Fig. 65**



**Fig. 63**



**Fig. 66**



**Fig. 64**



**Fig. 67**





**Fig. 68**



**Fig. 69**

- 9 E. En el borde anterior del m. esternocleidomastoideo a nivel de la horizontal que pasa por el cartílago tiroides, a 1,5 cun de la línea media (Fig. 63).
- 10 E. A 1 cun por debajo del punto 9 E en el borde anterior del m. esternocleidomastoideo.
- 11 E. En el borde superior de la clavícula entre los tendones esternal y clavicular del m. Esternocleidomastoideo.
- 12 E. En la fosa supraclavicular, en la línea mamilar.
- 13 E. En la fosa infra-clavicular, en la línea mamilar.
- 14 E. En el primer espacio intercostal, en el borde superior de la segunda costilla. En la línea mamilar.

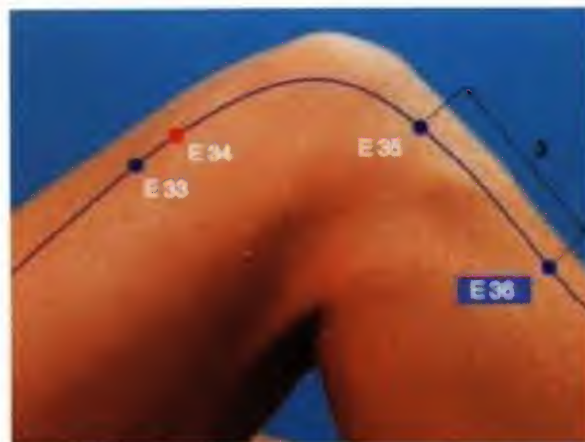
- 15 E. En el segundo espacio intercostal, en la línea mamilar.
- 16 E. En el tercer espacio intercostal, en la línea mamilar (Fig. 64).
- 17 E. En el centro del mamelón (Fig. 65).
- 18 E. En el quinto espacio intercostal en la línea mamilar.
- 19 E. En el abdomen a 2 cun de la línea media. Por debajo del reborde costal.
- 20 E. A 2 cun de la línea media y 5 cun por encima del ombligo. O un cun por debajo del punto 19 E (Fig. 66).
- 21 E. A 2 cun de la línea media y 4 cun por encima del ombligo.
- 22 E. A 2 cun de la línea media y 3 cun por encima del ombligo.
- 23 E. A 2 cun de la línea media y 2 cun por encima del ombligo.
- 24 E. A 2 cun de la línea media y 1 cun por encima del ombligo (Fig. 67).
- 25 E. Localización paraumbilical. Se encuentra a 2 cun por fuera del ombligo (Fig. 68).
- 26 E. A 2 cun de la línea media y 1 cun por debajo del ombligo.
- 27 E. A 2 cun de la línea media y 1 cun por debajo del punto 26 E.
- 28 E. A 2 cun de la línea media y 1 cun por debajo del punto 27 E.
- 29 E. Localizarlo a 1 cun por arriba de la sínfisis pubiana y a 2 cun por fuera de la línea media.
- 30 E. Lateralmente a 2 cun del borde superior del pubis, a 5 cun debajo del ombligo (Fig. 69).
- 31 E. Directamente por debajo de la espina ilíaca antero superior. En una depresión lateral al músculo sartorio, en su inserción con el pectíneo.
- 32 E. En una línea que va desde la espina ilíaca antero superior y la rótula a 6 cun por encima del borde superoexterno de la rótula.
- 33 E. En la misma línea que se ubica el 32 E, a 3 cun por encima del borde superoexterno de la rótula (Fig. 70).
- 34 E. En la misma línea que se ubican los puntos 32 E y 33 E a 2 cun por encima del borde superoexterno de la rótula entre los músculos vastoexterno y recto anterior.
- 35 E. En la depresión lateral de la rodilla, en el borde inferior de la rótula.



**Fig. 70**



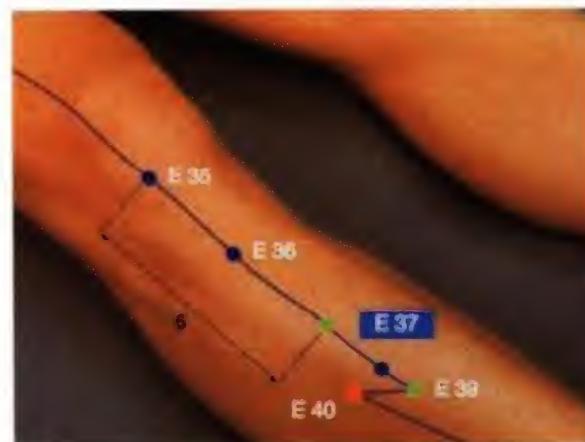
**Fig. 73**



**Fig. 71**



**Fig. 74**



**Fig. 72**



**Fig. 75**





Fig. 76

- 36 E. Localizarlo a 3 cun por debajo de la rótula, por fuera del borde anterior de la tibia, en la prominencia superior del músculo tibial anterior (Fig. 71).
- 37 E. En el punto medio de una línea que va desde el punto 36 E al 39 E. Lateral al borde anterior de la tibia a 3 cun por debajo del punto 36 E (Fig. 72).
- 38 E. En la cara anterolateral de la pierna a 1 cun por encima del 39 E entre la interfleja de la rodilla, por fuera de la rótula y al centro del tobillo, a nivel de la membrana interósea. En el punto medio de una línea que va desde el punto 35 E al 41 E.
- 39 E. A 6 cun por debajo del punto 36 E. En el borde lateral de la tibia.
- 40 E. En la parte media de la cara anteroexterna de la pierna, a 8 cun por encima del maléolo externo, lateral al punto 38 E. En el borde lateral del peroné.
- 41 E. En la unión del dorso del pie y la pierna, en el punto medio entre los dos maléolos. En la depresión que forman los tendones del extensor común de los dedos y el extensor largo del dedo gordo (Fig. 73).
- 42 E. En el punto más prominente del dorso del pie. En una depresión entre los 2º y 3º metatarsiano y el hueso cuneiforme (Figs. 74, 75).
- 43 E. En una depresión que forman los huesos 2º y 3º metatarsianos.

- 44 E. Inmediatamente por arriba del pliegue interdigital, entre el segundo y tercer dedo del pie. En el ángulo que forman las falanges proximales de los dedos 2º y 3º.
- 45 E. En el ángulo ungual externo del segundo dedo del pie (Fig. 76).

Los puntos de este meridiano se encuentran ubicados:

**En prominencias musculares:** el punto 36 E se ubica en la prominencia del músculo tibial anterior.

- 2. **En los bordes de los músculos:** los puntos 9 E y 10 E se localizan en el borde anterior del m. esternocleidomastoideo. El punto 31 E se encuentra lateral al m. sartorio.
- 3. **En los bordes de los huesos:** el punto 11 E se localiza en el borde superior de la clavícula. Los puntos 42 E y 43 E se localizan en el borde del hueso cuneiforme y los 2dos. y 3ros. metatarsianos, respectivamente.

#### 5.4. Meridiano del Bazo-Páncreas (BP) (-) YIN (Fig. 77)

Comienza en el ángulo ungual interno del dedo pulgar del pie, continúa por el borde interno del pie, sube delante del maléolo, sigue el borde interno de la tibia (Punto 6 BP), cruza la rodilla y la cara anteroexterna del muslo (Punto 10 BP) hasta la mitad de la arcada crural (Punto 12 BP), asciende en el abdomen por fuera de la trayectoria del Meridiano del Estómago hasta el reborde costal, de allí se dirige al hombro. Al alcanzar el 2º espacio intercostal (Punto 20 BP) describe una curva hacia abajo, para terminar en el 6º espacio intercostal en la línea axilar anterior (Punto 21 BP).

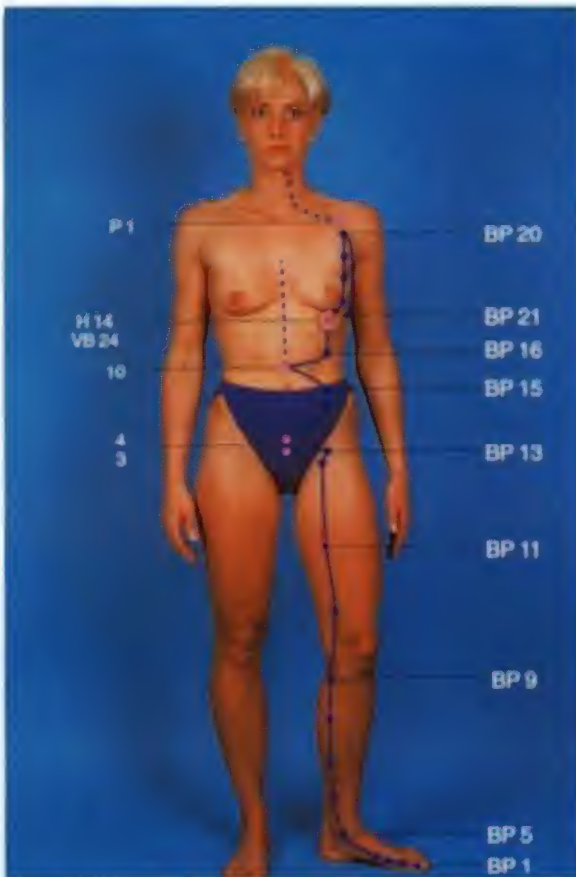
Consta de 21 Puntos.

Cinco Elementos: Tierra.

**Función:** Está en relación con la función del bazo y del páncreas.

**Sentido del flujo de la energía:** CENTRÍPETO.

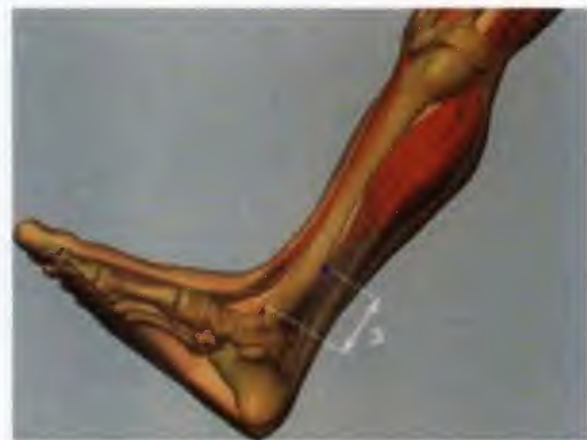
**Unión con otro meridiano:** C en el tórax.



**Fig. 77**



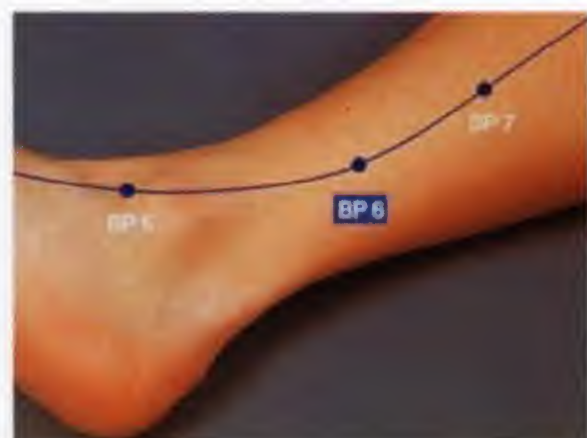
**Fig. 79**



**Fig. 80**



**Fig. 78**



**Fig. 81**



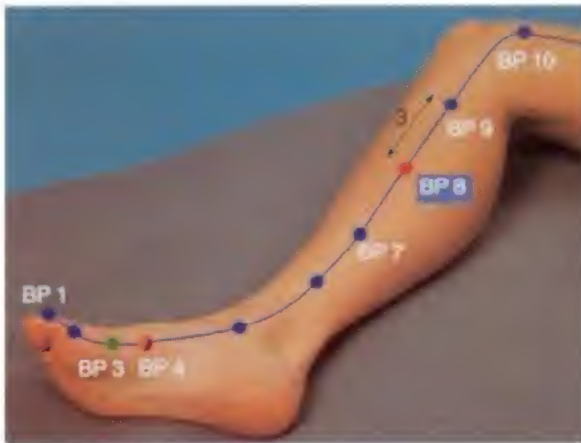


Fig. 82

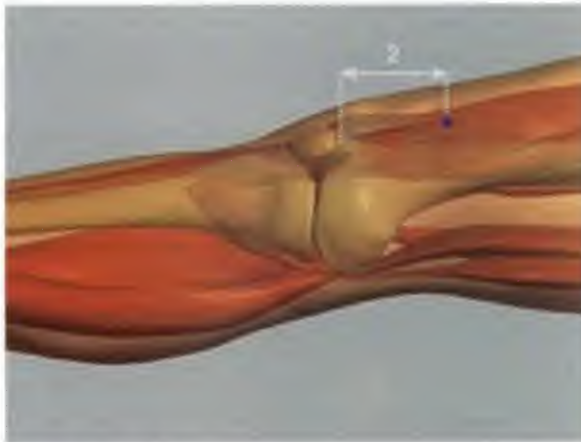


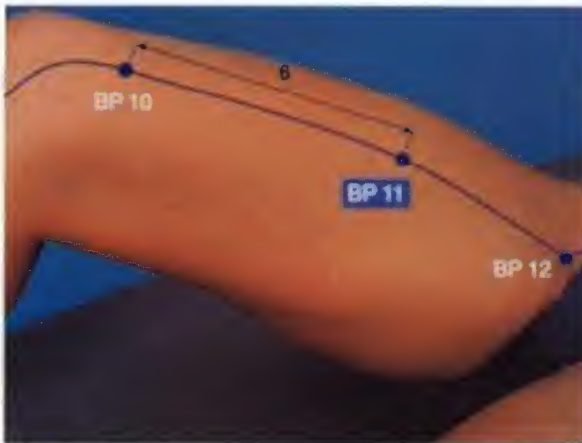
Fig. 83



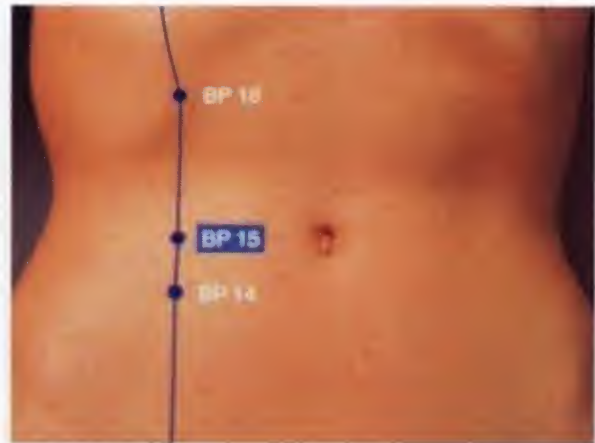
Fig. 84

Los puntos se localizan de la siguiente forma:

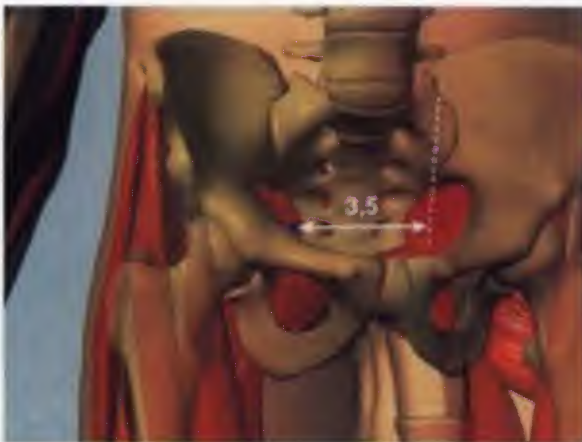
- 1 BP. A 1 mm proximal del ángulo ungueal interno del dedo gordo (Fig. 78).
- 2 BP. Distal e inferior a la articulación metatarsal-falángica del dedo gordo. A nivel de la línea que delimita la piel plantar.
- 3 BP. En la base de la cabeza distal del 1er. metatarsiano, a nivel de la línea que delimita la piel plantar.
- 4 BP. En la base de la cabeza proximal del 1er. metatarsiano. A nivel de la línea que delimita la piel plantar.
- 5 BP. En la depresión distal e inferior al maléolo interno (Fig. 79).
- 6 BP. En la cara interna de la pierna, a 3 cun por arriba del maléolo interno, en una depresión sobre el borde postero-interno de la tibia (Figs. 80, 81).
- 7 BP. A 6 cun por encima del maléolo interno, o sea a 3 cun del punto 6 BP.
- 8 BP. A 3 cun por debajo del cóndilo interno de la tibia (Fig. 82).
- 9 BP. En el borde postero-inferior del cóndilo interno de la tibia, a nivel de la tuberosidad, por delante del pliegue del hueso poplíteo.
- 10 BP. A 2 cun por encima del epicóndilo medial del fémur. Se puede localizar colocando la palma de la mano derecha sobre la rodilla izquierda (y viceversa) con los dedos extendidos sobre la parte superior del muslo. El dedo pulgar se apoya sobre el punto (Figs. 83, 84).
- 11 BP. A 6 cun por encima del punto 10 BP en la cara interna del muslo. Aproximadamente en su parte media (Fig. 85).
- 12 BP. En el tercio externo del pliegue de la ingle a 3,5 cun, lateral a la línea media y a nivel del borde superior de la sínfisis púbica (Figs. 86, 87).
- 13 BP. A 1 cun por encima del punto 12 BP y 4 cun lateral a la línea media. O sea por encima y por fuera del precedente en la porción infero-externa del abdomen.
- 14 BP. A 1 cun por debajo del punto 15 BP.
- 15 BP. A 4 cun lateral al ombligo en la línea mamilar lateral al músculo recto anterior del abdomen (Fig. 88).
- 16 BP. A 3 cun por encima del punto 15 BP.



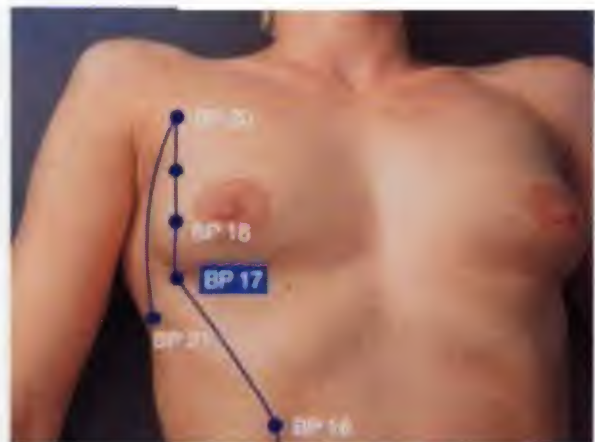
**Fig. 85**



**Fig. 88**



**Fig. 86**



**Fig. 89**



**Fig. 87**



**Fig. 90**





Fig. 91

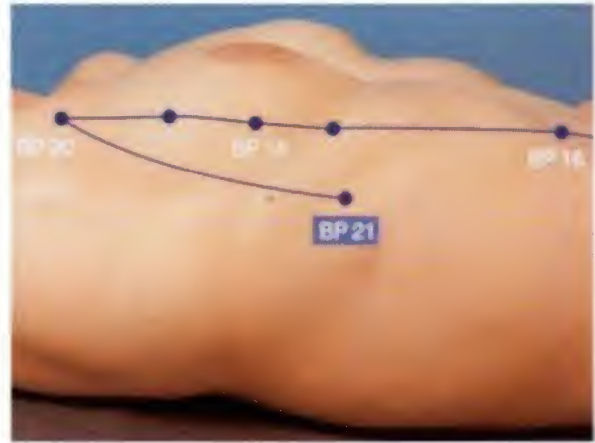


Fig. 94

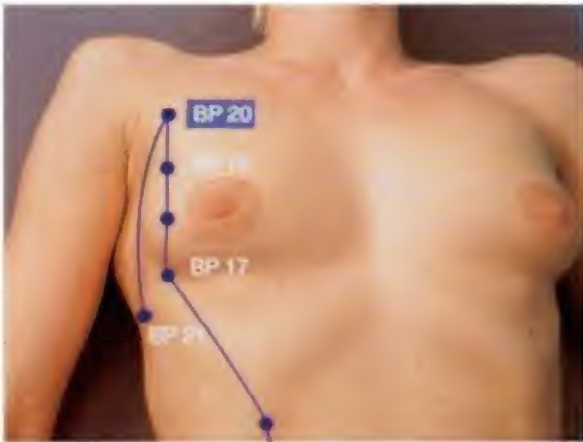


Fig. 92



Fig. 93

- 17 BP. Se localiza a 2 cun lateral a la línea mamilar (6 cun lateral a la línea media) en el 5° espacio intercostal (Fig. 89).
- 18 BP. A 2 cun lateral del mamelón (6 cun lateral a la línea media) en el 4° espacio intercostal.
- 19 BP. En el 3er espacio intercostal a 6 cun de la línea media (Fig. 90).
- 20 BP. En el 2° espacio intercostal a 6 cun de la línea media (Figs. 91, 92)
- 21 BP. En la línea media axilar por debajo del centro de la axila en el 6° espacio intercostal (Figs. 93, 94).

Los puntos de este meridiano se relacionan anatómicamente con:

**Borde de los huesos:** Los puntos 6 BP, 7 BP, 8 BP y 9 BP se encuentran en el borde posterior de la tibia, separados a la distancia de 3 cun. Entre el maléolo interno y el punto 6 BP existe una distancia de 3 cun. Los puntos ubicados en la zona del tórax, su punción puede tener riesgo de Neumotorax. Esto es equivalente a todos los meridianos, cuyos puntos se encuentran en la misma zona.

##### 5.5. Meridiano del Corazón (C) (-) YIN (Fig. 95)

Comienza en el vértice del hueco de la axila, de ahí continúa a la cara ventral y medial, cruza el pliegue del codo con su parte más interna (Punto 3 C), des-



**Fig. 95**

ciende por el antebrazo, cruza la muñeca por el hueso pisiforme y desciende por la eminencia hipotenar terminando por fuera del ángulo ungueal radial del dedo meñique.

Consta de 9 Puntos.

**Cinco Elementos:** Fuego.

**Función:** Está en relación con la función del corazón en el aspecto fisiopatológico y psíquico.

**Sentido del flujo de la energía:** CENTRÍFUGO.

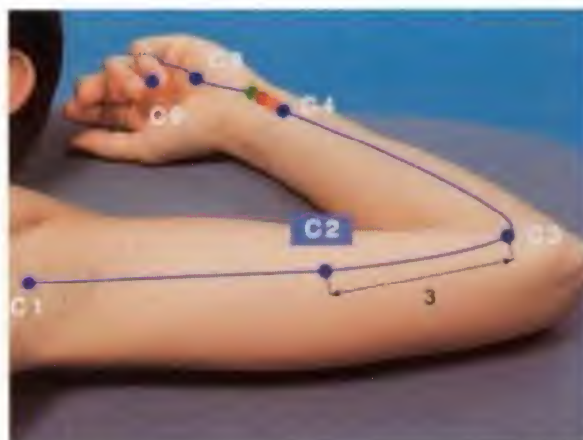
**Unión con otros meridianos:** ID en los dedos de la Mano.

Los puntos se localizan de la siguiente forma:

1. C: En el centro de la axila. En el borde medial de la arteria axilar. Hay que levantar el brazo para localizarlo (Fig. 96).
2. C: A 3 cun por encima del epicóndilo medial del húmero. En la cara interna del brazo. Sobre la rama interna del m. bíceps braquial (Fig. 97).



**Fig. 96**



**Fig. 97**



**Fig. 98**



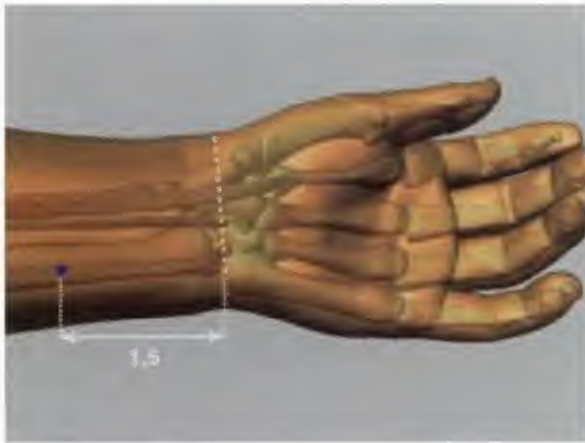


Fig. 99

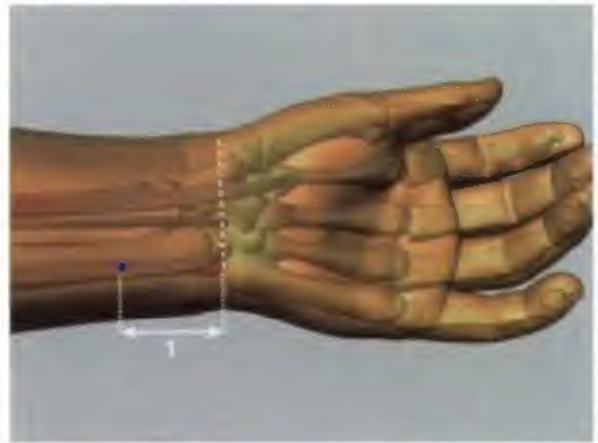


Fig. 101

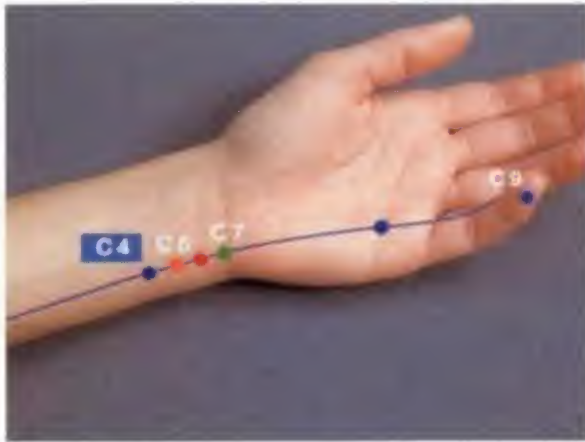


Fig. 100

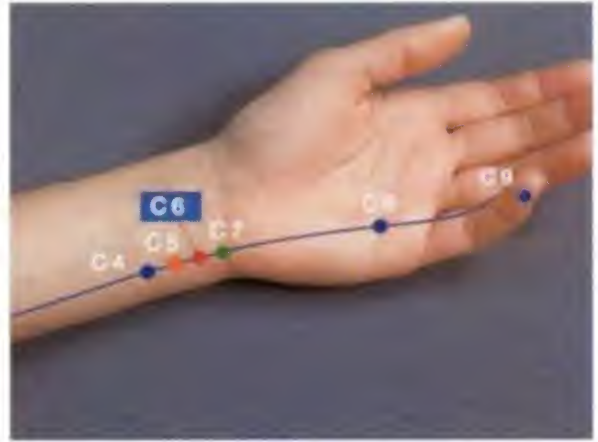


Fig. 102

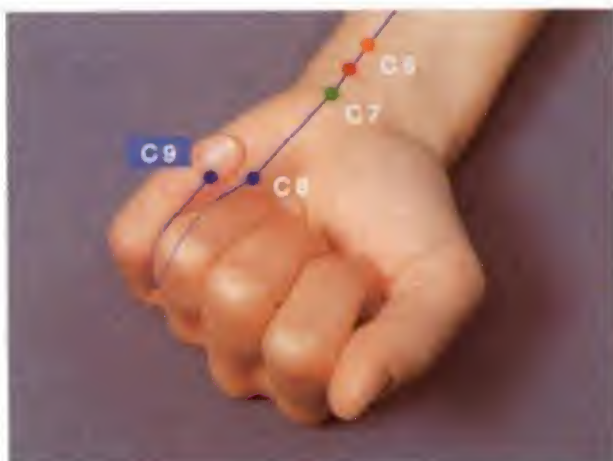
- 3 C. En la extremidad interna del pliegue del codo cuando el brazo está flexionado. En la depresión anterior del epicóndilo medial del húmero (Fig. 98)
- 4 C. En el borde cubital del antebrazo a 1.5 cun por encima del pliegue de la muñeca. Está en relación con la arteria y el nervio cubital (Figs. 99, 100).
- 5 C. Sobre el borde anterior del hueso cubital, a 1 cun por arriba del pliegue de flexión de la muñeca. En el borde radial del tendón del músculo palmar menor (Fig. 101).
- 6 C. En el punto medio entre los puntos 5 C y 7 C (Fig. 102).



Fig. 103



**Fig. 104**



**Fig. 105**

- 7.C.** En el extremo cubital del pliegue de flexión de la muñeca, en la región de la articulación entre el pisiforme y el cúbito (Fig. 103).
- 8.C.** En la región palmar entre los últimos 2 metacarpianos (Fig. 104).
- 9.C.** En el borde radial del dedo meñique a 1 mm por fuera del ángulo ungueal (Fig. 105).

Los puntos de este meridiano están en relación anatómica con:

**Las masas musculares:** El punto 2 C se localiza sobre el músculo bíceps braquial.

**Adyacente a tendones:** Los puntos 4 C, 5 C, 6 C y 7 C se localizan adyacentes al tendón del m. palmar.

**En extremos de pliegues cutáneos:** Los puntos 3 C y 7 C se localizan en los extremos de los pliegues del codo y de la muñeca respectivamente.

## 5.6. Meridiano de Intestino Delgado (ID) (+ YANG (Figs. 106, 107))

Comienza por fuera del ángulo ungueal cubital del dedo meñique, corre por el miembro superior cara dorsal, borde medial, zigzaguea sobre el omoplato, cruza el cuello hacia adelante, llega al pómullo, por debajo del malar, de allí vuelve hacia atrás para terminar frente al trago, delante del pabellón auricular (Punto 19 ID).

Consta de 19 Puntos.

Cinco Elementos: Fuego.

**Función:** Está en relación con la función del yeyuno-íleon.

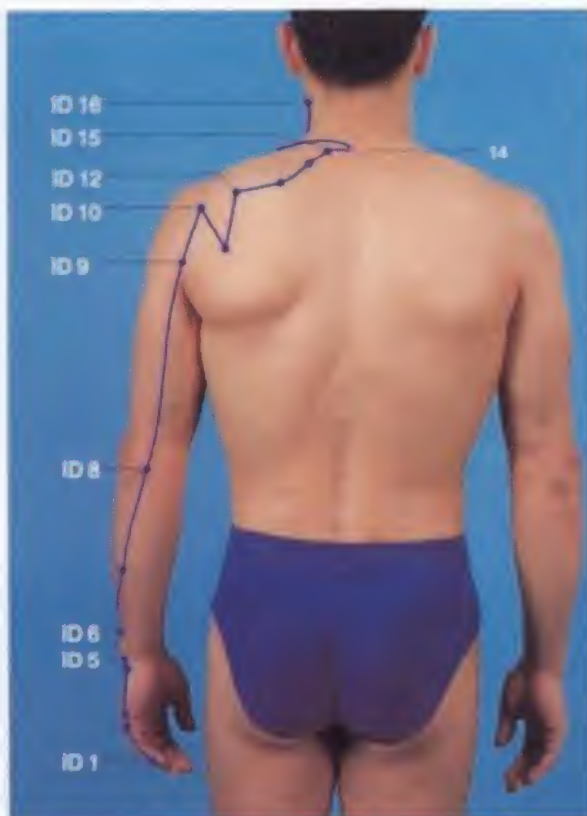
**Sentido del flujo de la energía:** CENTRÍPETO.

**Unión con otro meridiano:** V en la Cabeza.

Los puntos se localizan de la siguiente forma:

- ID.** A 1 mm del ángulo ungueal cubital del dedo meñique (Fig. 108).  
Distal a la articulación metacarpofalángica en el borde cubital del dedo meñique a nivel del límite de la piel de la palma de la mano.
- 3 ID.** Sobre el borde cubital de la mano, a nivel de la articulación metacarpofalángica del meñique, donde termina el pliegue transversal de la palma (Fig. 109).
- 4 ID.** En el borde cubital de la palma de la mano a nivel de la base del 5º hueso metacarpiano (Fig. 110).  
En el borde cubital de la muñeca, en la depresión distal a la apófisis estiloides del h. cúbito.  
Con la mano del paciente en pronación, proximal a la cabeza del cúbito, en una depresión en el lado radial.

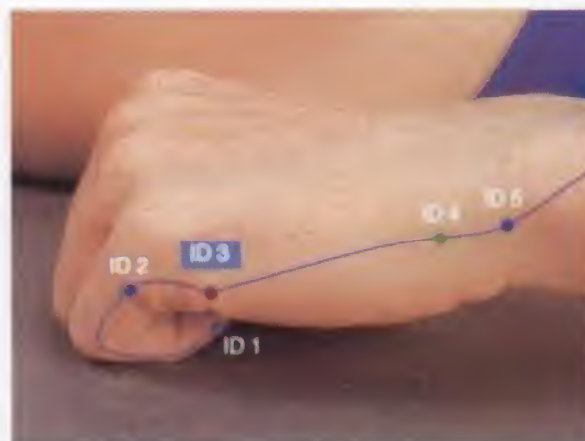




**Fig. 106**



**Fig. 108**



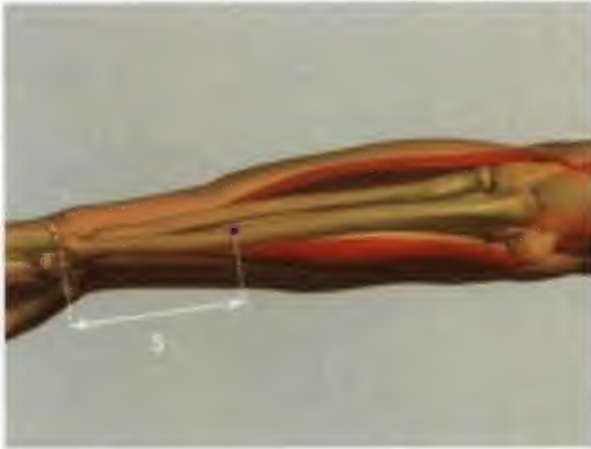
**Fig. 109**



**Fig. 107**



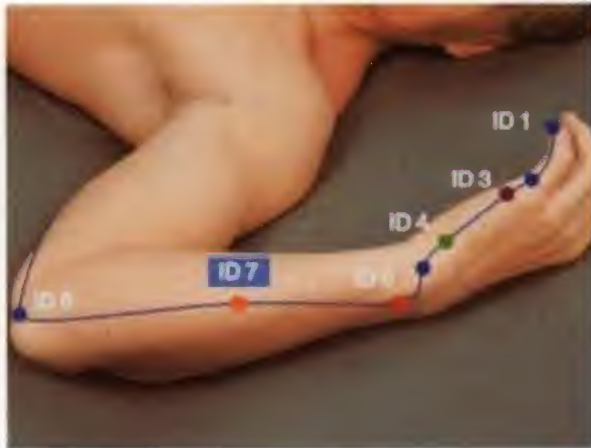
**Fig. 110**



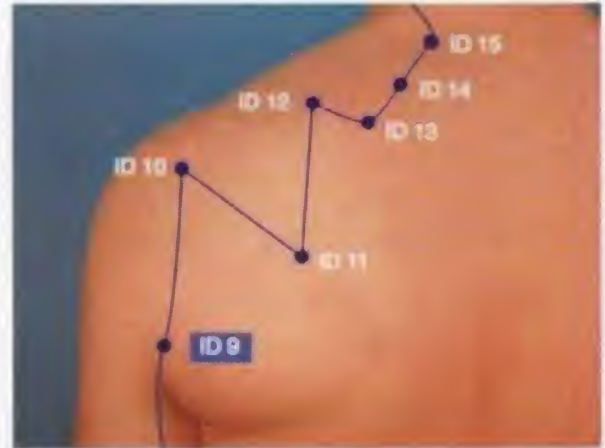
**Fig. 111**



**Fig. 114**



**Fig. 112**



**Fig. 115**



**Fig. 113**



**Fig. 116**





Fig. 117



Fig. 118

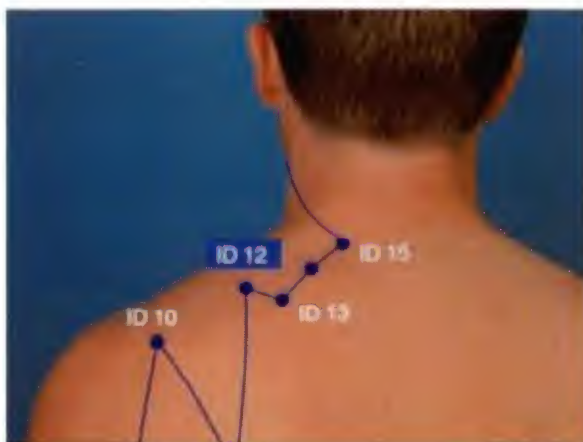


Fig. 119

- 7 ID. A 5 cun por encima de la muñeca en el borde del hueso húmero, en la línea de unión de los puntos 5 ID y 8 ID (Figs. 111, 112).
- 8 ID. Con el codo flexionado, entre el olécranon y el epicóndilo medial del húmero (Fig. 113).
- 9 ID. En la cara posterior del hombro, a 1 cun por arriba del pliegue de la axila (Figs. 114, 115).
- 10 ID. Con el brazo en adducción el punto se localiza en la depresión inferior y lateral a la espina escapular, por encima del punto 9 ID.
- 11 ID. En la fosa infraescapular en la unión superior del 1/3 medio, de la distancia entre el borde superior el ángulo inferior de la escápula (Figs. 116, 117).
- 12 ID. En el centro de la fosa supra-clavicular (Figs. 118, 119).
- 13 ID. En el extremo medial de la fosa supra-clavicular, en el punto medio entre la apófisis espinosa de la 2ª vértebra torácica y el punto 10 ID (Figs. 120, 121).
- 14 ID. A 3 cun de la apófisis espinosa de la 1era. vértebra torácica. En la línea vertical que pasa por el borde vertebral de la escápula (Figs. 122, 123).
- 15 ID. A 2 cun lateral a la apófisis espinosa de la 7ª vértebra cervical (Figs. 124, 125).
- 16 ID. En la cara lateral del cuello en el borde posterior del m. esternocleidomastoideo, en la misma línea horizontal que el punto 18 IG.
- 17 ID. Posterior al ángulo de la mandíbula en una depresión por delante del m. esternocleidomastoideo.
- 18 ID. En la mejilla, en una depresión que forma el borde inferior del hueso malar con el m. masetero (Fig. 126).
- 19 ID. Con la boca ligeramente abierta por delante del trago, en una depresión frente a la articulación temporomaxilar (Figs. 127, 128).

**Los puntos de este meridiano se relacionan anatómicamente con:**

**Extremos de pliegues cutáneos:** El punto 3 ID se ubica donde termina el pliegue transverso de la palma de la mano, a nivel del borde cubital de la articulación metacarpofalángica.

**Bordes de los músculos:** El punto 16 ID se ubica en el borde posterior del m. esternocleidomastoideo y el 17 ID, delante del propio músculo.



Fig. 120



Fig. 123



Fig. 121



Fig. 124



Fig. 122



Fig. 125





Fig. 126

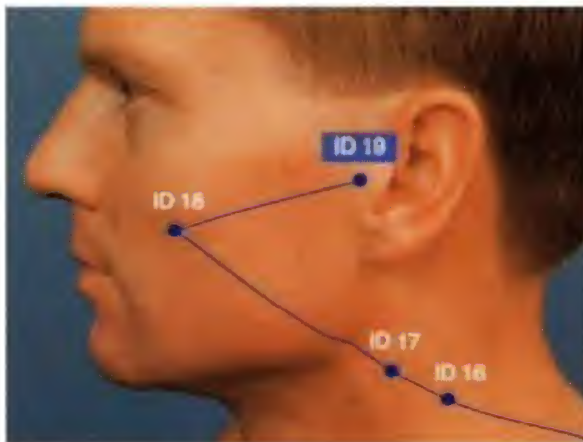


Fig. 127



Fig. 128

**Entre bordes de huesos y músculos:** El punto 18 ID se ubica en el borde inferior del hueso malar, en una depresión que forma con el m. masetero.

### 5.7. Meridiano de la Vejiga (V) (+) YANG (Fig. 129)

Comienza medial a la comisura palpebral interna, corre hacia arriba y atrás por la bóveda craneana, baja por la nuca y se divide en dos ramas, que van paralelas por el dorso del tronco. Se alejan en la nalga, se cruzan en la cara posterior del muslo y se unen en el hueco poplíteo (Punto 53V, 54V). Sigue por la región posterolateral de la pierna, contornea el maléolo peroneo por detrás y sigue por el borde externo del pie hasta terminar cerca del ángulo ungueal externo del quinto dedo.

Consta de 67 Puntos.

**Cinco Elementos:** Agua.

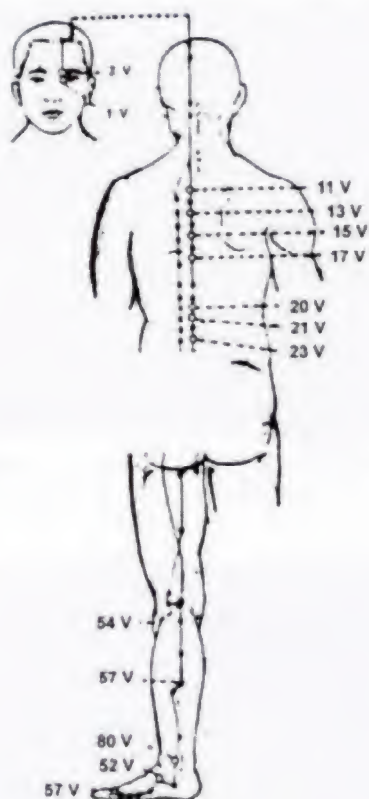
**Función:** Está en relación con el almacenamiento y excreción de la orina y el funcionamiento del Sistema Nervioso Periférico en los miembros inferiores.

**Sentido del flujo de la energía:** CENTRÍFUGO.

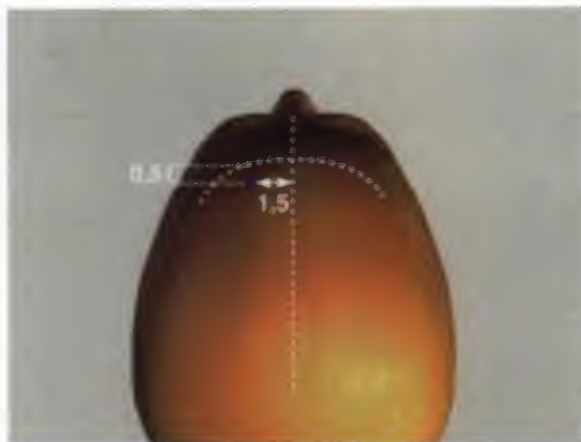
**Unión con otros meridianos:** R en los dedos del Pie.

Los puntos se localizan de la siguiente forma:

- V. En el ángulo interno del ojo, en un hueco que se forma en la extremidad del pliegue, cuando se cierra éste.
- 2 V. Por encima del precedente en el comienzo de la ceja, en un hueco de la escotadura supraorbitaria (Fig. 130).
- 3 V. Por encima del precedente, sobre su vertical, en el límite del nacimiento de los cabellos, por fuera de la línea sagital frontal.
- 4 V. Sobre el horizontal del precedente a medio cun por detrás del nacimiento de los cabellos y 1,5 cun lateral a la línea media (Figs. 131, 132).
- 5 V. A un cun por encima del precedente (Fig. 133).
- 6 V. A 2,5 cun posterior al nacimiento del cabello, en la línea semicircular, sobre el plano sagital del cráneo (Fig. 134).



**Fig. 129**



**Fig. 131**



**Fig. 132**



**Fig. 130**



**Fig. 133**



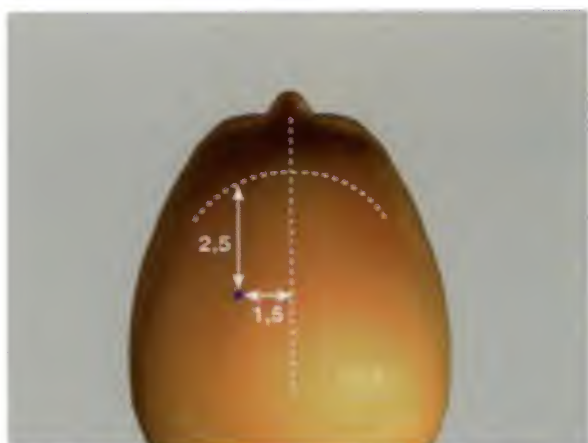


Fig. 134



Fig. 137

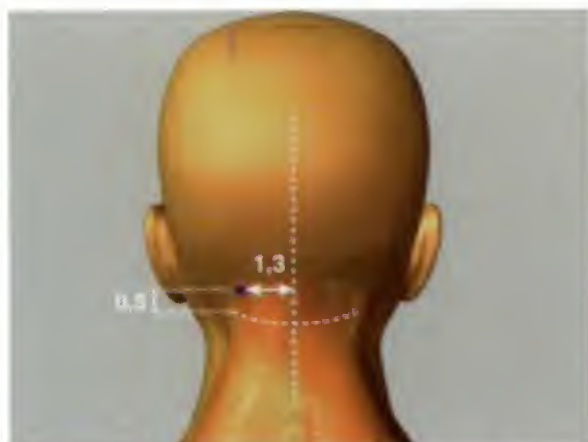


Fig. 135



Fig. 136

- 7 V. A 2 cun por detrás del precedente sobre la línea semicircular que se separa un cun y medio de la línea sagital del cráneo.
- 8 V. A continuación del precedente en la misma línea semicircular sobre la sutura parieto-occipital, a un cun y medio de la línea sagital del cráneo.
- 9 V. Sobre la misma línea semicircular, en el lado lateral del borde superior de la protuberancia occipital.
- 10 V. Está situado en la parte superior de la nuca, a 1,3 cun por fuera de la línea media, en la misma horizontal del 20 VG (Fig. 135).
- 11 V. Está situado en la espalda a uno y medio cun por fuera de la línea media posterior, entre la 1ª y 2ª vértebra torácica, a la misma altura del 13 VG.
- 12 V. Entre la 2ª y la 3ª vértebra torácica, sobre la misma línea perpendicular del anterior.
- 13 V. Entre la 3ª y la 4ª vértebra torácica, por debajo del precedente sobre la misma línea perpendicular.
- 14 V. Entre la 4ª y 5ª vértebra torácica, por debajo del precedente sobre la misma línea perpendicular, a uno y medio cun de la línea media posterior (Figs. 136, 137).
- 15 V. Entre la 5ª y 6ª vértebra torácica por debajo del precedente.
- 16 V. Entre la 6ª y 7ª vértebra torácica, por debajo del precedente, sobre la línea perpendicular a uno y medio cun de la línea media posterior.



Fig. 144

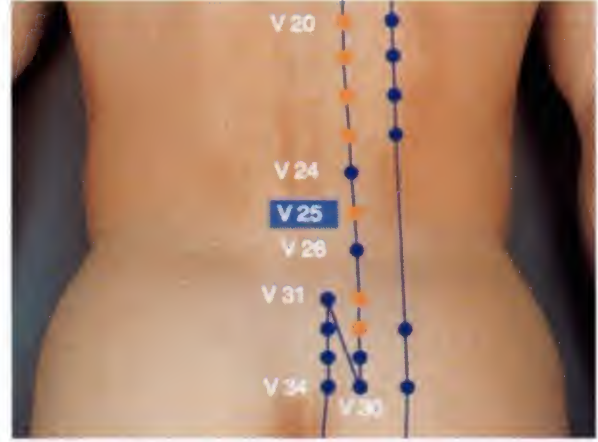


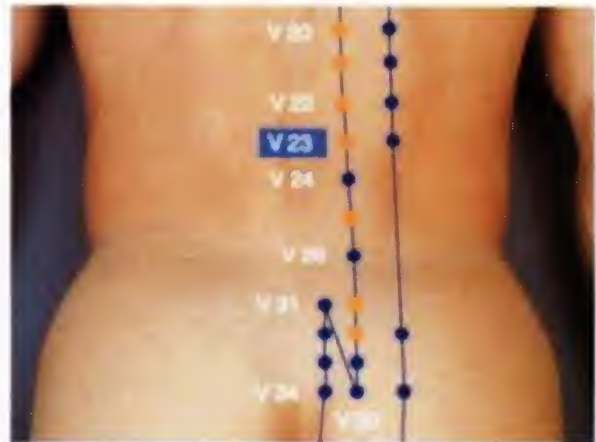
Fig. 145

- 17 V.** Entre la 7ª y 8ª vértebra torácica, por debajo del precedente, sobre la línea perpendicular, a uno y medio cun de la línea media posterior.
- 18 V.** Entre la 9ª y 10ª vértebra torácica, por debajo del precedente, a uno y medio cun de la línea media posterior.
- 19 V.** Entre la 10ª y 11ª vértebra torácica, por debajo del precedente, sobre la línea perpendicular, a uno y medio cun de la línea media posterior.
- 20 V.** Entre la 11ª y 12ª vértebra torácica, por debajo del precedente, sobre la línea perpendicular, a uno y medio cun de la línea media posterior (Figs. 138, 139).
- 21 V.** Entre la 12ª vértebra torácica y la 1ª vértebra lumbar, por debajo del precedente, sobre la misma línea perpendicular, a uno y medio cun de la línea media posterior.
- 22 V.** Entre la 1ª y la 2ª vértebras lumbares, sobre la línea perpendicular a uno y medio cun de la línea media posterior.
- 23 V.** Entre la 2ª y 3ª vértebras lumbares, sobre la línea perpendicular a uno y medio cun de la línea media posterior (Figs. 140, 141).
- 24 V.** Entre la 3ª y 4ª vértebras lumbares, sobre la línea perpendicular a uno y medio cun de la línea media. A nivel de las crestas ilíacas (Figs. 142, 143).
- 25 V.** Entre la 4ª y 5ª vértebras lumbares, sobre la línea perpendicular a uno y medio cun de la línea media. A nivel del punto 3 VG (Figs. 144, 145).
- 26 V.** Entre la 5ª vértebra lumbar y el ala sacra, sobre el ligamento transversal del sacro, a uno y medio cun de la línea media posterior.
- 27 V.** Por debajo del precedente a nivel de la horizontal que pasa por el primer agujero sacro, a uno y medio cun de la línea media posterior (Figs. 146, 147).
- 28 V.** Por debajo del precedente a nivel de la horizontal que pasa el 2º agujero sacro, a uno y medio cun más afuera de la línea media posterior.
- 29 V.** Por debajo del precedente a nivel de la horizontal que pasa por el 3er. agujero sacro, a uno y medio cun por fuera de la línea media posterior.
- 30 V.** Por debajo del precedente, a nivel de la horizontal que pasa por el 4º agujero sacro, a uno y medio cun por fuera de la línea media posterior.
- 31 V.** A nivel del 1er. agujero-sacro.
- 32 V.** A nivel del 2º agujero sacro.
- 33 V.** A nivel del 3º agujero sacro.
- 34 V.** A nivel del 4º agujero sacro.
- 35 V.** Este punto está situado en el borde externo del coxis, a nivel de la articulación sacrococcígea.
- 36 V.** Por debajo y por fuera de la 2ª vértebra dorsal a 2 cun del 12 V.
- 37 V.** Por debajo del precedente a 2 cun por fuera del 13 V a su misma altura, contra el borde interno del omoplato.
- 38 V.** Por debajo del precedente, a 2 cun por fuera del 14 V a su misma altura, contra el borde





**Fig. 138**



**Fig. 141**



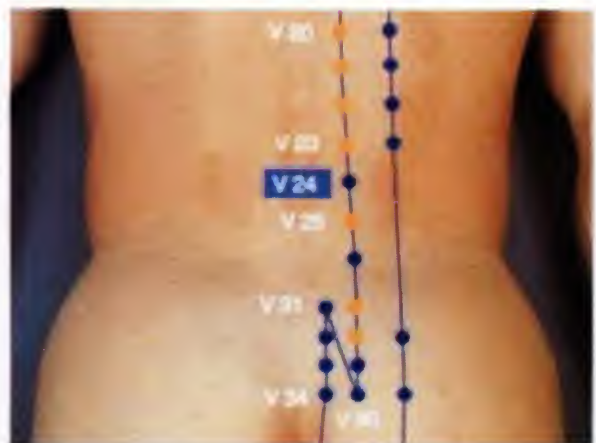
**Fig. 139**



**Fig. 142**

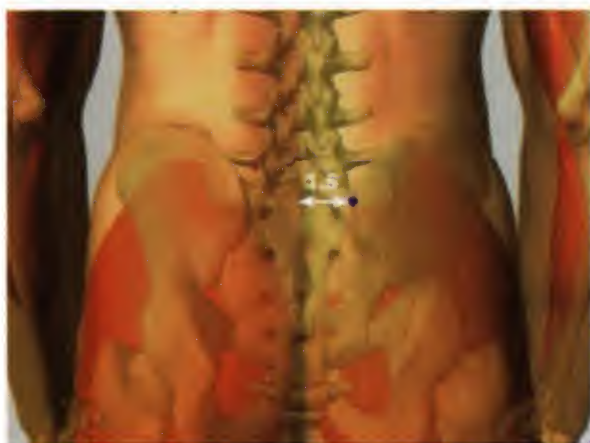


**Fig. 140**



**Fig. 143**





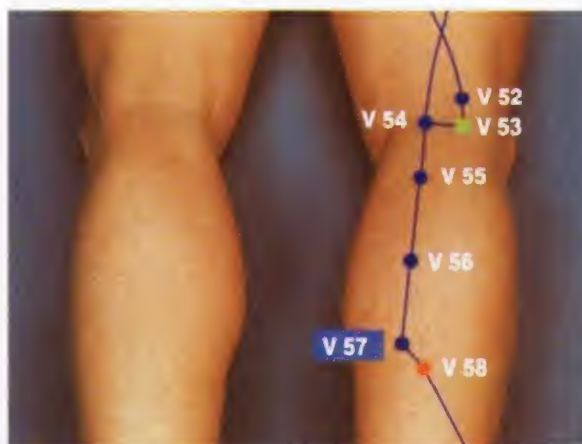
**Fig. 146**



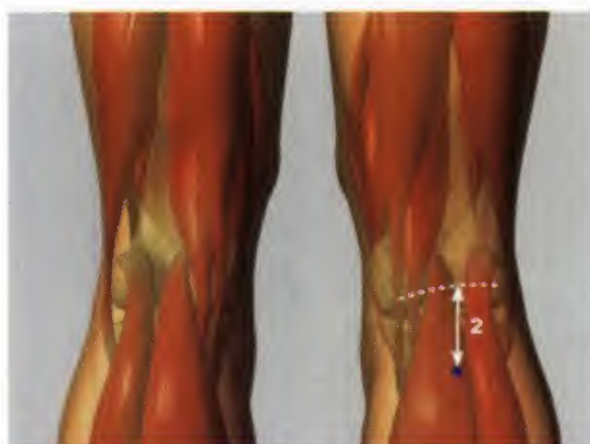
**Fig. 149**



**Fig. 147**



**Fig. 150**



**Fig. 148**



**Fig. 151**



Fig. 152

interno del omoplato. Entre la 4ª y 5ª vértebra torácica.

- 39 V. Este punto está situado por debajo del precedente, sobre el reborde del omoplato, a la altura del 15 V, entre la 5ª y 6ª vértebra torácica.
- 40 V. Por debajo del precedente, sobre el reborde del omoplato, a la altura del 16V, entre la 6ª y 7ª vértebra torácica.
- 41 V. Este punto está situado entre la 7ª y 8ª vértebra torácica, por debajo del precedente, en la misma altura que el 17 V, a 2 cun por fuera.
- 42 V. Está situado por debajo de la 9ª vértebra torácica, por debajo del precedente, al mismo nivel del 18 V, 2 cun más afuera.
- 43 V. Por debajo del precedente, al mismo nivel del 19 V, por debajo de la 10ª vértebra dorsal, a 2 cun de la línea media posterior.
- 44 V. Este punto está situado a nivel del 20 V, 2 cun más afuera, por debajo de la 11ª costilla.
- 45 V. Este punto está situado a nivel del 21 V, 2 cun más afuera, por debajo del nivel de la 12ª vértebra torácica.
- 46 V. Debajo del precedente, al mismo nivel de 22 V, 2 cun más afuera, por debajo del nivel de la 1ª vértebra lumbar.
- 47 V. Este punto está situado por debajo y al costado de la 2ª vértebra lumbar, en la misma línea vertical de los anteriores, a 2 cun por fuera del punto 23 V.
- 48 V. A 2 cun lateral al punto 28 V, a nivel del 2º agujero sacro.

- 49 V. A 2 cun lateral al punto 30 V, a nivel del 4º agujero sacro.
- 50 V. Este punto está situado en el centro del pliegue glúteo, en la línea media posterior del muslo.
- 51 V. Por debajo del precedente, en el centro posterior del muslo. En el punto medio entre los puntos 50 V y 54 V.
- 52 V. Por debajo y por fuera del precedente, en la cara posterior del muslo a un cun por encima del punto 53 V.
- 53 V. En el hueco poplíteo, por dentro del tendón del m. bíceps, a 2 cun lateral al punto 54 V.
- 54 V. En el centro del hueco poplíteo, en el surco de flexión de la rodilla.
- 55 V. Por debajo del precedente, en la vertical a 2 cun por debajo. En el vértice inferior del hueco poplíteo (Figs. 148, 149).
- 56 V. En la vertical del precedente a 4 cun por debajo de él, en medio de los dos cuerpos musculares de los gemelos.
- 57 V. Sobre la misma vertical que el precedente a 4 cun más abajo, justo en medio y por debajo de la masa muscular, donde nace el tendón de Aquiles (Fig. 150).
- 58 V. A un cun por debajo y por fuera del precedente.
- 59 V. Por debajo del precedente, a 3 cun por encima del nivel de la parte superior del maléolo externo (Punto 60V), entre el peroné y los tendones musculares (Fig. 151).
- 60 V. Este punto está situado por encima del calcáneo, entre el maléolo externo y el tendón de Aquiles (Fig. 152).
- 61 V. A un cun por debajo del precedente en el borde inferior del hueso calcáneo.
- 62 V. Por encima y delante del precedente, en la depresión distal del maléolo externo.
- 63 V. Por debajo y delante del precedente, entre el calcáneo y el hueso cuboides, a nivel de su articulación.
- 64 V. En el borde externo del pie, detrás de la tuberosidad del 5º metatarsiano, donde la piel del dorso y de la planta cambia de aspecto.
- 66 V. En el borde externo del pie, delante de la articulación metatarsofalángica del 5º dedo.
- 67 V. Cinco milímetros por detrás y por fuera del ángulo ungüeal externo del 5º dedo del pie (Fig. 153).



**Fig. 153**

En la Tabla 11 observamos las relaciones anatómicas de los puntos 11 V al 54 V y sus denominaciones en otras obras.

**Los puntos de éste meridiano se encuentran ubicados:**

1. **Adyacente a estructuras óseas** Gran parte del meridiano de la vejiga está en relación con las apófisis transversas de las vértebras.
2. **En los surcos** Los puntos 53 V y 54 V se localizan en el surco poplíteo.
3. **En relación con el trayecto de nervios** Gran parte del meridiano de vejiga se ubica sobre el nervio ciático.
4. **Adyacente a tendones** El punto 60 V está en relación con el tendón de Aquiles en su borde externo. Los puntos en la región del tórax, su punción puede provocar riesgo de Neumotorax, si no se tiene cuidado.

#### 5.8. Meridiano del Riñón (R) (-) YIN (Figs. 154, 155)

Comienza en la región plantar, a nivel del tercer metatarsiano, en la unión del tercio anterior del pie con los dos tercios posteriores, contornea el borde interno del pie, pasa detrás del maléolo tibial (Punto 3R) donde forma una especie de lazo, sube por la cara interna del miembro inferior, contornea los genitales y sube por el abdomen y tórax, cerca del

**Tabla 11. Relación Anatómica de los Puntos 11 al 54 del Meridiano de Vejiga y sus denominaciones en otras obras**

Puntos Meridiano de Vejiga	Columna Vertebral	Denominaciones en otras obras
11V	T1	11V
36V 12V	T2	12V 41V
37V 13V	T3	13V 42V
38V 14V	T4	14V 43V
39V 15V	T5	15V 44V
40V 16V	T6	16V 45V
41V 17V	T7	17V 46V
	T8	
42V 18V	T9	18V 47V
43V 19V	T10	19V 48V
44V 20V	T11	20V 49V
45V 21V	T12	21V 50V
46V 22V	L1	22V 51V
47V 23V	L2	23V 52V
24V	L3	24V
25V	L4	25V
26V	L5	26V
27V 31V	S1	31V 27V
48V 28V	S2	32V 28V 53V
29V 33V	S3	33V 29V
49V 30V	S4	34V 30V 54V
	S5	
35V	Coxis	35V
<b>Miembros Inferiores</b>		
Muslo	50V	36V Muslo
	51V	37V
	52V	Fosa Poplitea 38V
	53V	39V
	54V	40V

**Fig. 154**

esternón para terminar por debajo de la clavícula (Punto 27R).

Consta de 27 Puntos.

**Cinco Elementos:** Agua.

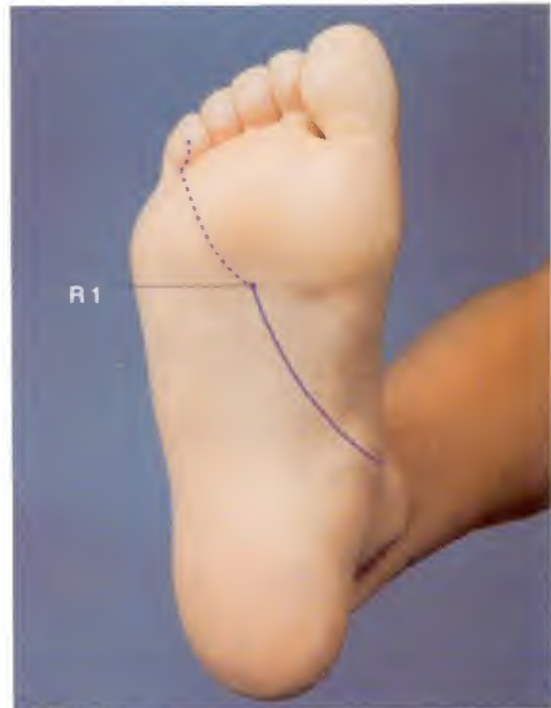
**Función:** Está en relación con la purificación de la sangre y la formación de la orina.

**Sentido del flujo de la energía:** CENTRÍPETO.

**Unión con otro meridiano:** PC, en el tórax.

**Los puntos se localizan de la siguiente forma:**

- R. En la depresión de la unión del tercio anterior y medio de la planta del pie, en el hueco que se forma cuando se flexionan los dedos del pie, en el ángulo de unión de la 2ª y 3ª articulación metatarsofalángica (Figs. 156, 157).

**Fig. 155**

- 2 R. En la cara interna del pie. En una depresión anterior e inferior al maléolo interno.
- 3 R. En la parte postero-superior del maléolo interno. En un hueco donde late la arteria tibial posterior. Entre el maléolo y el tendón de aquiles (Fig. 158).
- 4 R. A un cun por debajo y fuera del 3 R detrás del maléolo interno. En la parte superior del borde postero-interno del calcáneo, en su ángulo con el tendón de Aquiles.
- 5 R. Por debajo y por dentro del precedente en la vertical de 3 R en un hueco.
- 6 R. A medio cun por debajo del maléolo interno (punta). En un hueco que se forma entre el astrágalo y el calcáneo.
- 7 R. En la cara interna de la pierna a 1 cun por detrás del borde postero-interno de la tibia y a 2 cun por encima del maléolo interno.
- 8 R. A un cun por delante del precedente, sobre su horizontal, encima de la tibia.
- 9 R. A 5 cun por encima del maléolo interno, delante del borde del músculo gemelo.





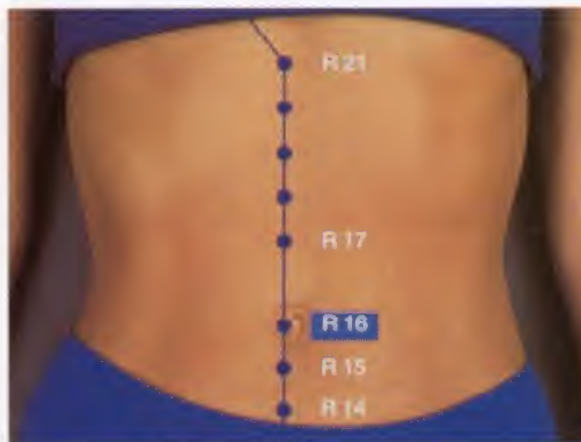
**Fig. 156**



**Fig. 159**



**Fig. 157**



**Fig. 160**



**Fig. 158**



**Fig. 161**

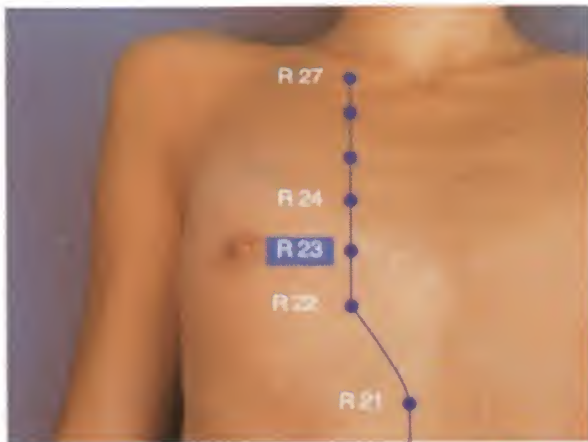


Fig. 162



Fig. 163



Fig. 164

- 10 R. En la cara postero-interna de la rodilla, en la extremidad del pliegue de flexión de ésta, al mismo nivel que el 54 V por detrás y el 8 H por delante (Fig. 159).
- 11 R. Sobre el borde de la arcada crural, en la unión de su cuarto interno con los tres cuartos externos. A un cun de la línea media anterior.
- 12 R. Sobre el abdomen, a un cun por encima del pubis y el precedente. A un cun de la línea media anterior.
- 13 R. A un cun por encima del precedente y a un cun por fuera de la línea media anterior.
- 14 R. A un cun por encima del precedente y a un cun por fuera de la línea media anterior.
- 15 R. A un cun por encima del precedente y a un cun por fuera de la línea media anterior.
- 16 R. Por encima del precedente a nivel de la parte media del ombligo, en la misma línea perpendicular ascendente de los anteriores (Fig. 160).
- 17 R. A 2 cun por encima del precedente y a un cun por fuera de la línea media anterior.
- 18 R. A un cun por encima del precedente y a un cun por fuera de la línea media anterior.
- 19 R. A un cun por encima del precedente y a un cun por fuera de la línea media anterior.
- 20 R. A un cun por encima del precedente y a un cun por fuera de la línea media anterior.
- 21 R. A 6 cun por encima del ombligo y un cun por fuera de la línea media anterior.
- 22 R. Por encima y por fuera del precedente, en la unión entre la 5ª y 6ª costilla, en el hueco paraesternal, a dos cun de la línea media anterior.
- 23 R. Por encima del precedente, debajo de la mitad inferior del 4º cartílago costal, a nivel de los mamelones, a 2 cun de la línea media anterior (Figs. 161, 162).
- 24 R. Por encima del precedente, en la mitad inferior del 3er. cartílago costal, a dos cun de la línea media anterior.
- 25 R. Por encima del precedente en la misma vertical, entre el 2º y el 3º cartílago costal a 2 cun de la línea media anterior (Figs. 163, 164).
- 26 R. Por encima del precedente, sobre su misma vertical, entre el 1º y el 2º cartílago costal a 2 cun de la línea media anterior.
- 27 R. Por encima del precedente, en el hueco subclavicular, debajo y junto a la clavícula, a 2 cun de la línea media anterior (Figs. 165, 166).





**Fig. 165**



**Fig. 166**

Los puntos de este meridiano se encuentran ubicados

**Adyacente a tendones:**

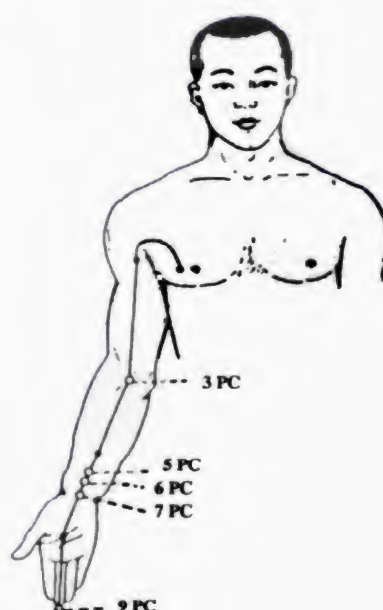
El punto 3 R está en relación con el tendón de Aquiles en su borde interno.

2. **En los surcos:**

El punto 1 R está en el surco de la región plantar del pie.

## 5.9. Meridiano del Pericardio (PC) (-) YIN (Fig. 167).

Comienza en el cuarto espacio intercostal por fuera de la línea medio clavicular. Sube por la pared



**Fig. 167**

torácica, entre los Meridianos del Estómago y Bazo. Pasa a la cara ventral del brazo, cruza el pliegue del codo (Punto 3 PC), sigue por la línea media del antebrazo y palma de la mano, para terminar en el extremo del dedo medio.

Consta de 9 Puntos.

**Cinco Elementos:** Fuego.

**Función:** Está en relación con la protección del corazón, como envoltura.

**Sentido del flujo de la energía:** CENTRÍFUGO

**Unión con otro meridiano:** TR en los dedos de la Mano.

**Los puntos se localizan de la siguiente forma:**

- 1 PC. Está situado en la cara antero-externa del tórax en la horizontal del mamelón a un cun hacia afuera, entre la 4ª y la 5ª costilla. A 5 cun en relación a la línea media clavicular (Figs. 168, 169).
- 2 PC. En la cara antero-interna del brazo, sobre el borde interno del bíceps, a dos cun por debajo del pliegue de la axila, en la misma ho-

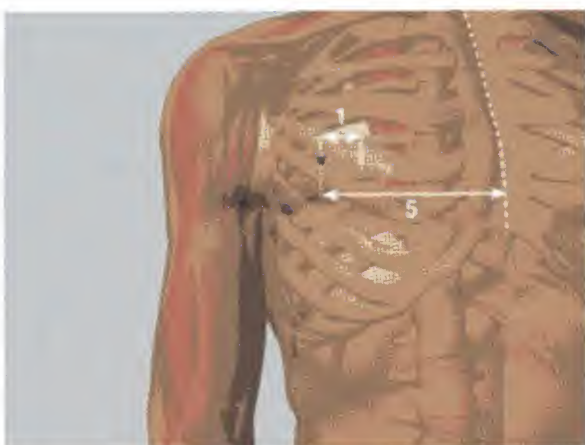


Fig. 168

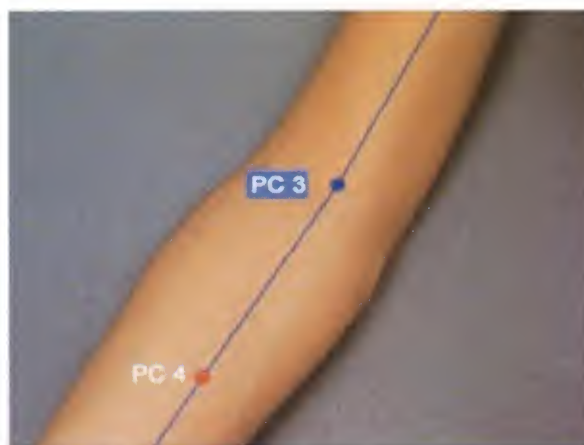


Fig. 171

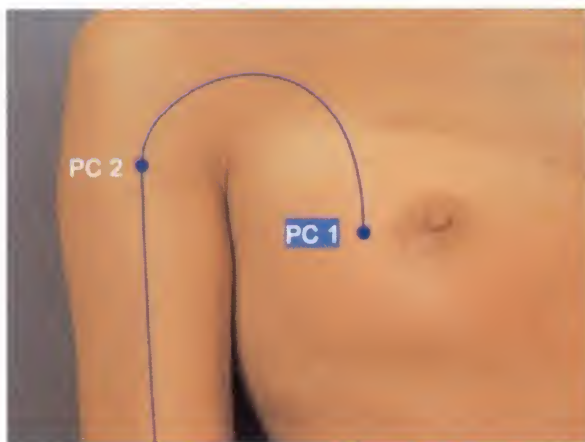


Fig. 169



Fig. 172



Fig. 170

riz horizontal del mamelón cuando el brazo está pegado al cuerpo (Fig. 170).

- 3 PC. Este punto está situado a nivel del pliegue de flexión del codo, sobre la cara antero-interna, por dentro del tendón del bíceps y por fuera del branquial anterior, es un hueco cerca de la arteria humeral (Fig. 171).
- 4 PC. A siete cun por debajo del pliegue del brazo a cinco por encima del pliegue de la muñeca. Se encuentra entre el cúbito y el radio, sobre su cara anterior (Fig. 172).
- 5 PC. En medio de la cara anterior del antebrazo, a tres cun del pliegue de flexión de la muñeca, sobre el flexor común superficial de los dedos (Fig. 173).





**Fig. 173**



**Fig. 176**



**Fig. 174**



**Fig. 177**



**Fig. 175**

- 6 PC. A 2 cun por encima del pliegue de flexión de la muñeca, sobre el flexor común superficial de los dedos y sobre el nervio mediano (Figs. 174, 175).
- 7 PC. En el centro del pliegue medio de la muñeca, en una depresión situada entre el hueso grande y el semilunar y los dos tendones que pasan por su centro (Fig. 176).
- 8 PC. Este punto está situado en medio del pliegue transversal de la palma de la mano. flexionando los dedos se toca un hueco en esa zona.
- 9 PC. En el centro del pulpejo del dedo medio (Fig. 177).



Fig. 178



Fig. 179



Fig. 180

Los puntos del meridiano del pericardio se encuentran ubicados:

1. **En los bordes de los huesos:** El punto 1 PC se ubica en el 4º espacio intercostal, por fuera de la línea media clavicular.
2. **En los pliegues:** El punto 3 PC está situado a nivel del pliegue de flexión del codo, por dentro del tendón del músculo bíceps.

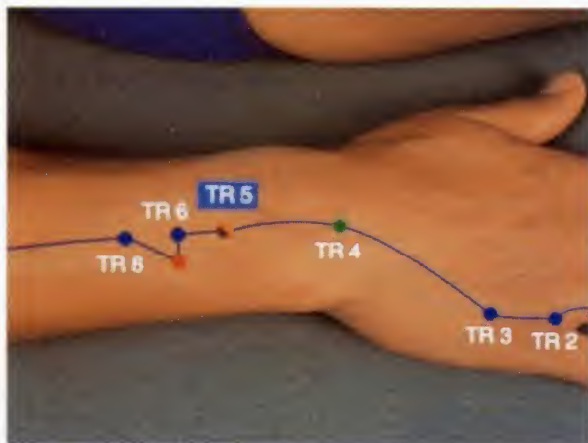
#### 5.10. Meridiano del Triple Recalentador (TR) (+) YANG (Fig. 178, 179)

Comienza en el ángulo ungueal cubital del dedo anular, cruza el dorso de la mano hacia la línea media en la muñeca (Punto 4 TR) sigue en esta posición posterior, atravesando el antebrazo, codo, brazo,

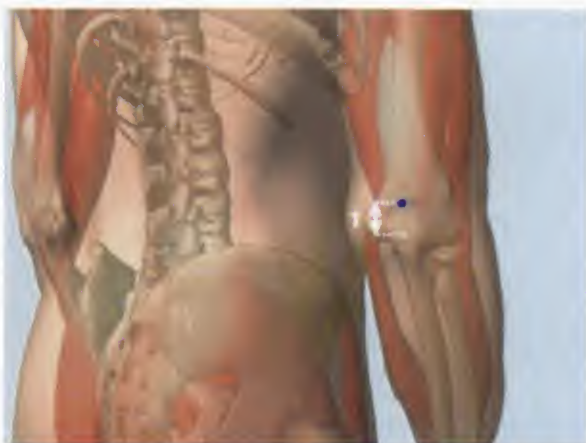


Fig. 181

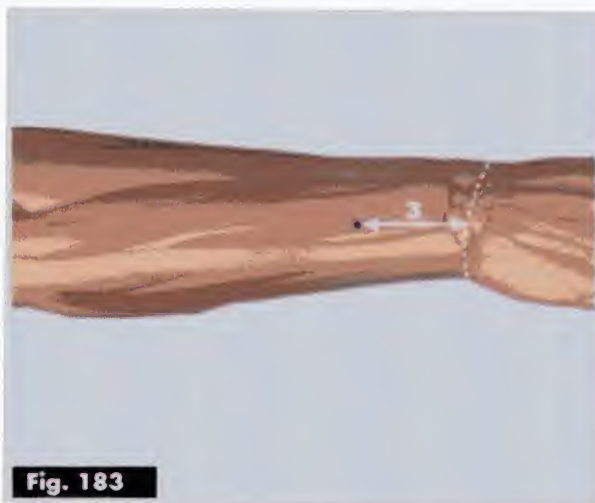




**Fig. 182**



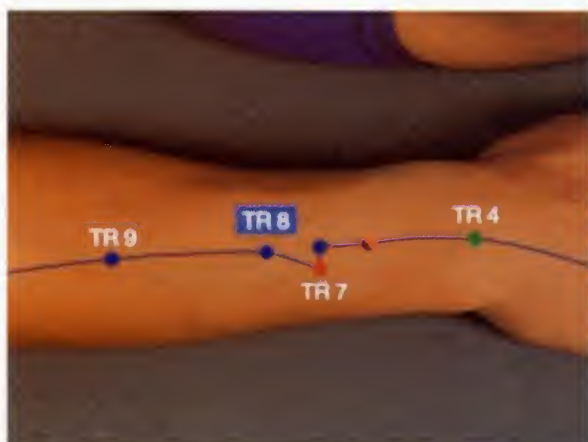
**Fig. 185**



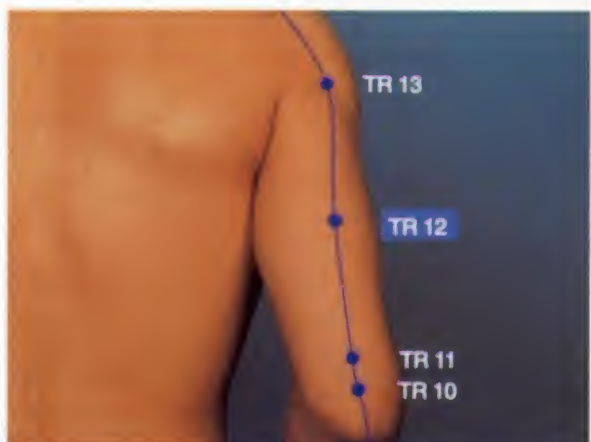
**Fig. 183**



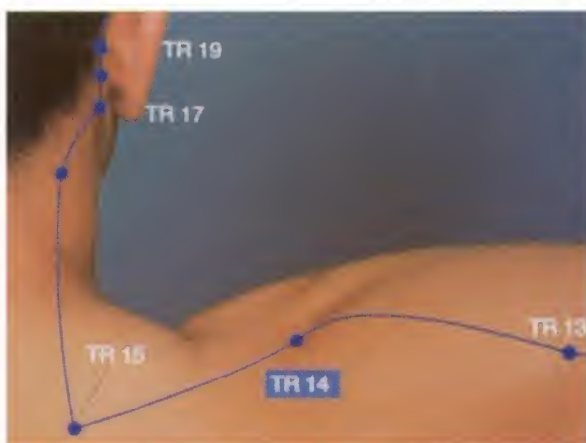
**Fig. 186**



**Fig. 184**



**Fig. 187**

**Fig. 188**

hasta el hombro (Punto 14 TR), cruza la espina del omoplato, sube por el triángulo posterior del cuello hasta detrás del lóbulo de la oreja, contornea el pabellón hasta el trago y cruza la sien para terminar en la cola de la ceja (Punto 23 TR).

Consta de 23 Puntos.

**Cinco Elementos:** Fuego.

**Función:** Está en relación con las funciones de los aparatos respiratorio, digestivo y genitourinario.

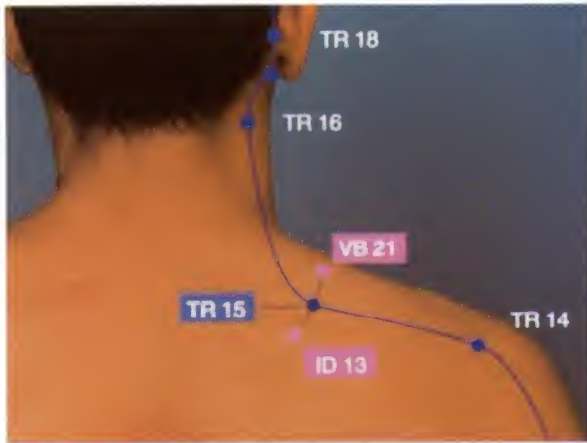
**Sentido del flujo de la energía:** CENTRÍPETO.

**Unión con otro meridiano:** VB en la cabeza.

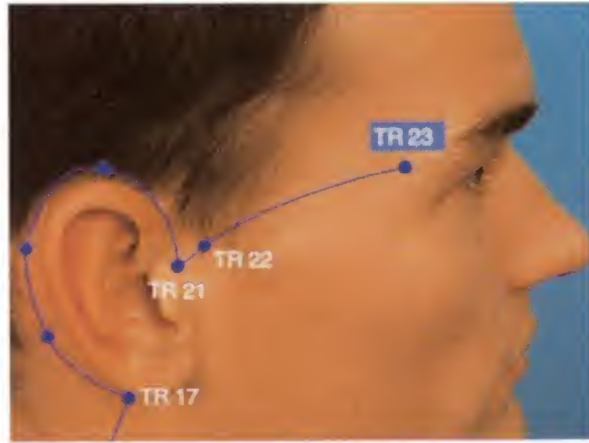
**Los puntos se localizan de la siguiente forma:**

- 1 TR. Este punto está situado en el ángulo ungual interno del 4º dedo de la mano (Fig. 180).
- 2 TR. Está ubicado en la región dorsal de la mano a nivel del espacio comprendido entre la cabeza del 4º y 5º metacarpianos, más cerca de la articulación metacarpofalángica del anular.
- 3 TR. A un cun por detrás del precedente, en un hueco detrás de la articulación metacarpofalángica, a nivel de la horizontal que pasa por el 3 ID.
- 4 TR. Cara dorsal de la muñeca, en un hueco situado a un cun por fuera de la punta de la estiloides cubital en la unión del hueso grande, el hueso ganchoso y el 4º metacarpiano. En la horizontal del 5 ID y 5 IG.
- 5 TR. A 2 cun por encima del pliegue posterior de la muñeca y por fuera de la apófisis estiloides del cúbito, con la mano en pronación en el borde externo del cúbito, entre él y el radio (Figs. 181, 182).
- 6 TR. A 3 cun por encima del pliegue posterior de la muñeca, en un hueco entre el radio y el cúbito (Fig. 183).
- 7 TR. En el tercio de la cara posterior del antebrazo, sobre la misma horizontal que el precedente, hacia el cúbito, en un hueco.
- 8 TR. A un cun por encima del 6 TR, en la mitad posterior del antebrazo, entre el radio y el cúbito (Fig. 184).
- 9 TR. A 5 cun de la punta del olécranon, correspondiente al pliegue anterior del codo, en un hueco entre el cúbito y el radio, en medio de la cara posterior del antebrazo.
- 10 TR. En el codo, a un cun por encima de la punta del olécranon, con el brazo en extensión. Para pincharlo, hacer poner la mano del enfermo sobre su pecho (Figs. 185, 186).
- 11 TR. A un cun por encima del precedente en la cara posterior del brazo. Se localiza con el brazo en extensión. Para pincharlo hacer levantar el brazo.
- 12 TR. En medio de la cara posterior del brazo, a cuatro cun por debajo del nivel superior del pliegue de la axila y a cinco por encima del olécranon (Fig. 187).
- 13 TR. En el tercio superior de la cara posterior del brazo, en un gran hueco. En la extremidad inferior de la inserción del deltoides en el húmero. A un cun por debajo del pliegue posterior de la axila.
- 14 TR. En la cara posterior del muñón del hombro, en el hueco que se agranda al levantar el brazo, en la extremidad externa de la fosa subespinosa, al nivel de los puntos 15 IG y 10 ID (Fig. 188).
- 15 TR. A mitad de un cun sobre el borde superior del trapecio un poco por detrás de la cresta de la escápula. A un cun por detrás del punto 21 VB y un cun por delante del 13 ID (Fig. 189).
- 16 TR. En la cara lateral del cuello, detrás de la punta de la mastoides, detrás del tendón de inserción del esternocleidomastoideo, en la

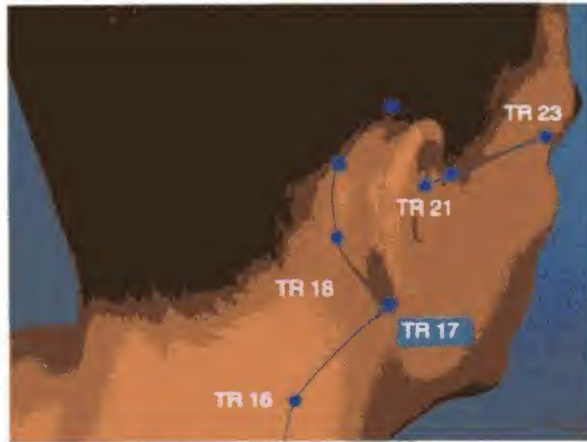




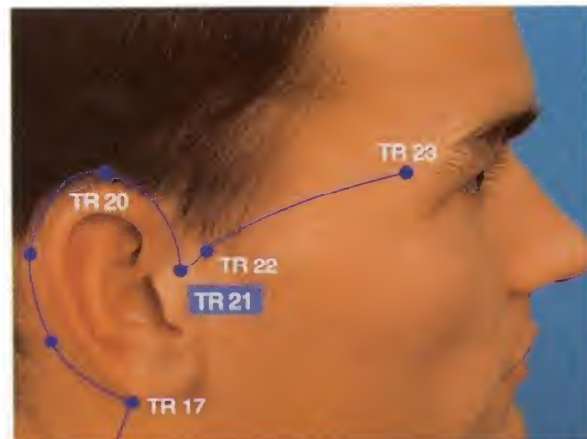
**Fig. 189**



**Fig. 192**



**Fig. 190**



**Fig. 191**

- misma horizontal, se encuentran el 15 VG, 10 V y 20 VB y él siendo el más anterior.
- 17 TR. Detrás del lóbulo de la oreja, en un hueco que hay delante de la punta de la mastoides. Si se apoya fuertemente se siente un gran dolor en el oído. Sobre la arteria occipital. Si se percute brutalmente se puede causar la muerte (Fig. 190).
  - 18 TR. Un cun por encima y por detrás del precedente, detrás del pabellón de la oreja, un poco por debajo de la línea de los cabellos.
  - 19 TR. A un cun por encima del precedente, detrás del pabellón de la oreja, a nivel de la raíz de los cabellos, en el hueco del hueso.
  - 20 TR. Reunión del Triple Recalentador con Vesícula Biliar y el Intestino Delgado. A nivel de la parte más elevada del pabellón de la oreja, en la raíz de los cabellos. Cuando se hace abrir la boca al paciente se forma un hueco a nivel del punto.
  - 21 TR. Es la entrada de la brecha, entre el hélix y el tragus, delante y por encima de él (Fig. 191).
  - 22 TR. Delante del hélix de la oreja, un poco por encima y por fuera del precedente, en la unión de la apófisis cigomática con su raíz posterior, en el ángulo posterior del ribete de los cabellos, por detrás de la arteria temporal superficial.
  - 23 TR. En la extremidad de cola de la ceja (Fig. 192).

Los puntos del meridiano del Triple Recalentador se encuentran ubicados.

**Adyacente a los huesos:** El punto 2 TR, se ubica en el espacio entre las cabezas de los huesos 4° y 5° metacarpianos.

2. **En relación al pabellón auricular:** Los puntos 17 TR y 18 TR están ubicados detrás del pabellón auricular.

## 5. 1. Meridiano de Vesícula Biliar (VB) (+) YANG (Figs. 193, 194)

Comienza en la comisura palpebral externa, corre hacia el trago, contornea tres veces la oreja, haciendo una curva compleja de tres medialunas, entre los meridianos TR y V. Llega a la nuca (Punto 20 VB). cruza el triángulo supraclavicular, alcanza la axila, forma un zigzag en la cara lateral de tronco hasta detrás del trocánter mayor. Sigue por la cara externa del miembro inferior, pasa por delante del maléolo peroneo (Punto 40 VB) hasta el dorso del pie para terminar en el ángulo externo del cuarto dedo (Punto 44 VB).

Consta de 44 Puntos

**Cinco Elementos.** Viento (Madera)

**Función.** Está en relación con el almacenamiento de la bilis.

**Sentido del flujo de la energía:** CENTRÍFUGO.

**Unión con otro meridiano:** H en los dedos del Pie.

Los puntos se localizan de la siguiente forma.

- 1 VB. Este punto está situado a cinco décimas de cun del ángulo externo del ojo (Figs. 195, 196).
- 2 VB. Este punto está situado delante del hueco de entrada al conducto auditivo en su parte anterior, en una depresión, delante de la arteria temporal superficial.
- 3 VB. Esta situado delante de la oreja, por encima del borde superior de la arcada cigomática, en un hueco, que se forma al abrir la boca.
- 4 VB. En la parte superior de la sien, a nivel de la sutura parieto-frontal, un poco por dentro del límite del nacimiento del cabello.

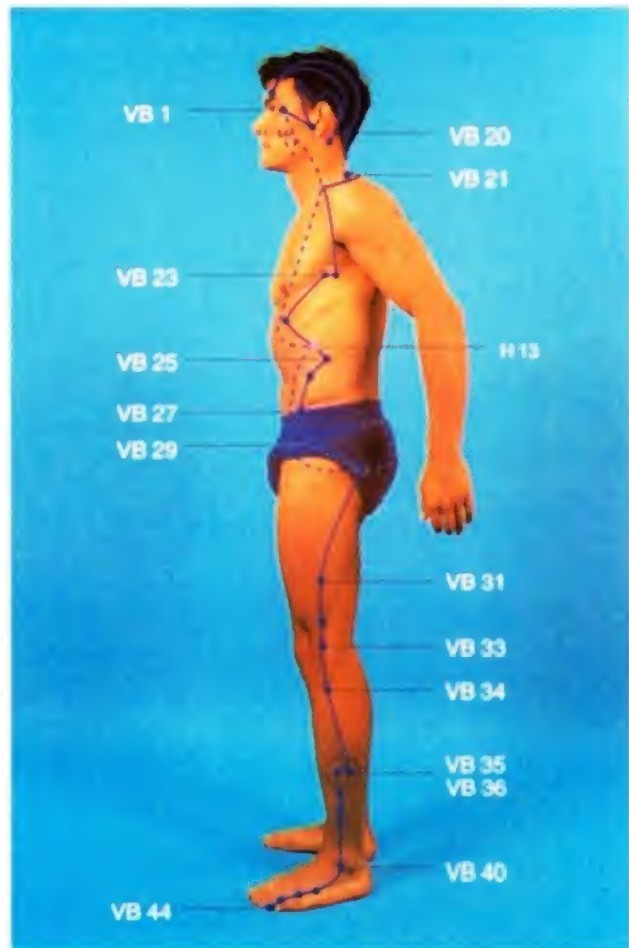


Fig. 193

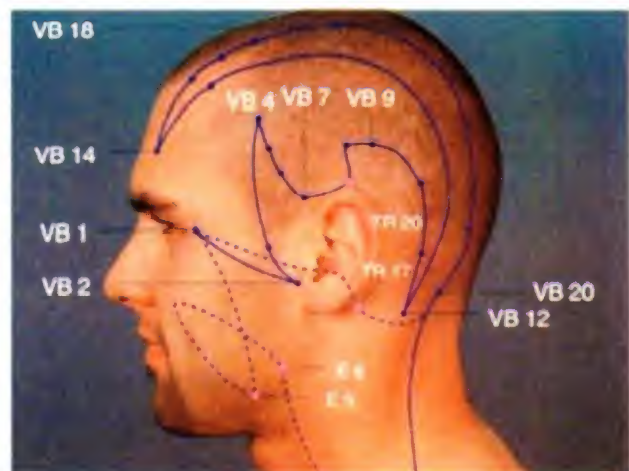
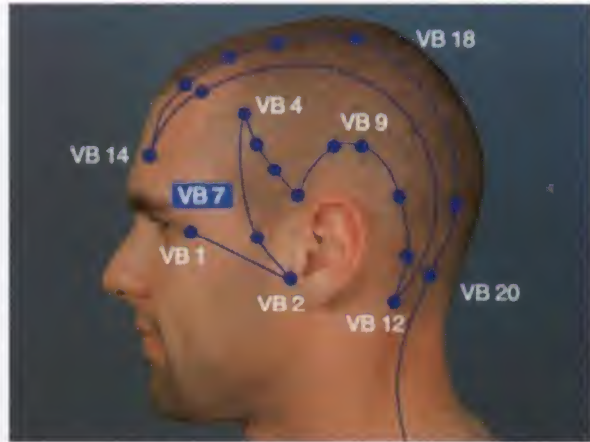


Fig. 194

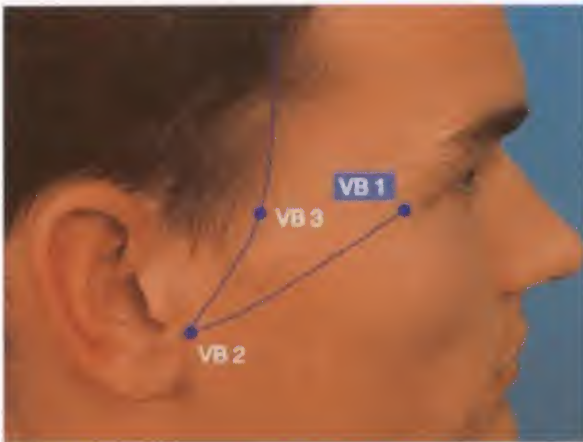




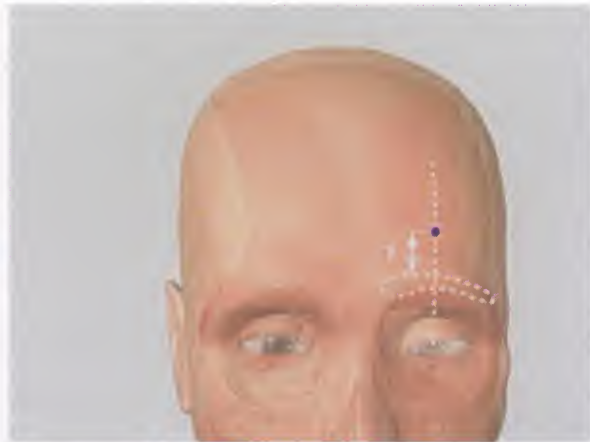
**Fig. 195**



**Fig. 198**



**Fig. 196**



**Fig. 199**



**Fig. 197**



**Fig. 200**



Fig. 201

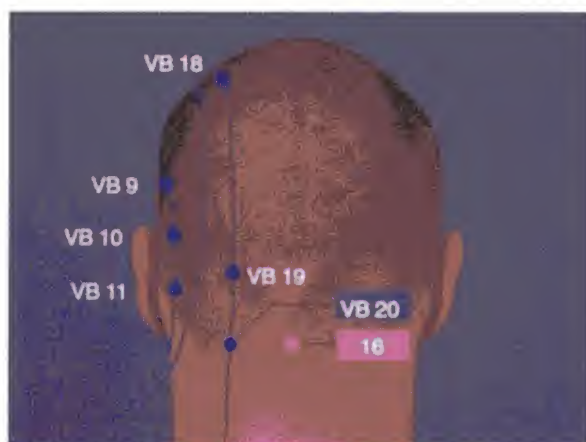


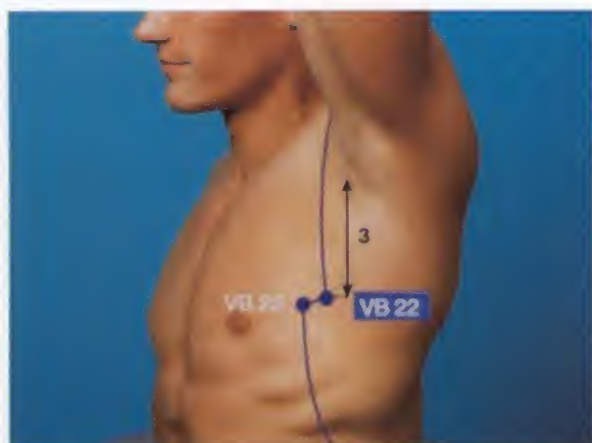
Fig. 202



Fig. 203

- 5 VB. A un cun por debajo del precedente, cerca del nacimiento del cabello a nivel de la sutura parieto-frontal.
- 6 VB. Por debajo del precedente a un cun por debajo y más hacia adentro, en la unión de las suturas frontal, parietal y a la esfenoidal.
- 7 VB. Este punto está situado por debajo y más adentro del precedente a nivel de la cima de la oreja, donde se cruza una línea horizontal sobre el borde superior de la oreja y una vertical a lo largo de su límite anterior (Figs. 197, 198).
- 8 VB. Por encima y por detrás del precedente, a 2 cun por encima de la parte más alta del pabellón de la oreja en una depresión.
- 9 VB. Punto de reunión con los meridianos del Intestino Delgado y la Vejiga. Por detrás y a nivel del precedente, rodeando el pabellón de la oreja.
- 10 VB. Es un punto de reunión con los meridianos del Intestino Delgado y la Vejiga. Detrás de la parte más alta del pabellón de la oreja a un cun de la raíz del cabello.
- 11 VB. A un medio cun entre los puntos 10 VB y 12 VB, por detrás del pabellón de la oreja. A un cun por fuera de la línea del Triple Recalentador, sobre la parte media de los puntos 18 y 18 TR.
- 12 VB. En el hueco formado por el borde posterior de la mastoides y en la horizontal formada por la parte inferior del occipital.
- 13 VB. Sobre la frente, en la extremidad de la línea curva que llega al nacimiento de los cabellos, rodeando el cráneo lateralmente. En una línea vertical que pasa por el extremo externo del ojo.
- 14 VB. Por debajo del precedente, a un cun por encima de la parte media de la ceja, en la vertical que pasa por la pupila (Figs. 199, 200).
- 15 VB. En la raíz de los cabellos, por encima del precedente, en la vertical que pasa por el centro de la pupila.
- 16 VB. A un cun por encima del precedente, sobre la curva que pasa por el centro de la pupila.
- 17 VB. Sobre la misma curva del precedente a un cun por detrás.
- 18 VB. Sobre la misma curva que el precedente a 2 cun detrás (Fig. 201).
- 19 VB. Cerca de la sutura parieto-occipital, sobre la misma curva que los precedentes, por fuera del eje sagital de la nuca.





**Fig. 204**



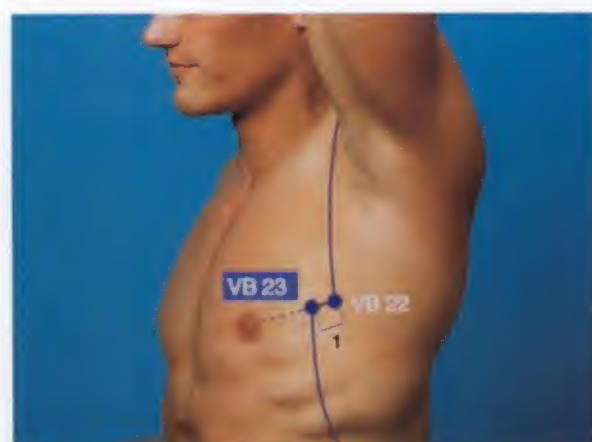
**Fig. 207**



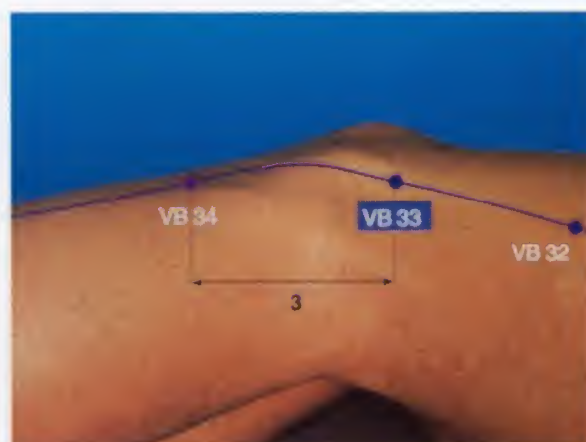
**Fig. 205**



**Fig. 208**



**Fig. 206**



**Fig. 209**





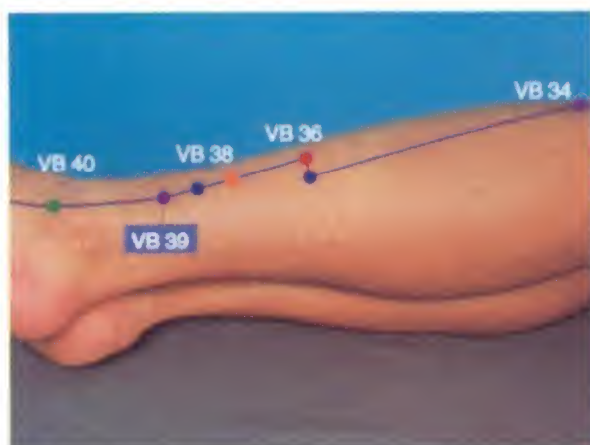
Fig. 210



Fig. 211

- 20 VB. Sobre la nuca, a un cun y medio del horizontal que pasa por la protuberancia occipital externa. Es un hueco que limita por fuera el esternocleidomastoideo, por dentro del trapecio y a1 fondo la apófisis transversa de la segunda vértebra cervical. A 2 cun por fuera del 10 V. (Fig. 202).
- 21 VB. Es un punto muy importante y conviene localizarle bien. En el punto medio entre el acromion y la apófisis espinosa de C 7 (Fig. 203).
- 22 VB. A 3 cun por debajo de la línea axilar, en la parte anterior de ésta, en el 4º espacio intercostal.

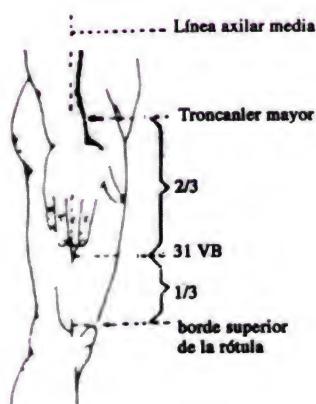
- 23 VB. Por debajo y delante del precedente, en el 4º espacio intercostal, en la horizontal del mamelón y un cun por delante del anterior (Fig. 206).
- 24 VB. En el séptimo espacio intercostal, en la perpendicular del mamelón.
- 25 VB. En la extremidad flotante de la 12ª costilla. A 3 cun por encima de la cresta ilíaca. Para localizarlo hay que colocar al paciente acostado de lado, con la pierna flexionada sobre el abdomen y el brazo superior elevado por encima de la cabeza.
- 26 VB. Por debajo y por delante del precedente, a 2 cun del Punto 13 H, que queda encima de él, un poco por detrás.
- 27 VB. A 3 cun por debajo del precedente y uno por delante. A 0,5 cun delante de la espina ilíaca anterosuperior.
- 28 VB. A un cun por debajo del precedente, sobre la misma perpendicular.
- 29 VB. Por debajo del precedente y por afuera, por encima de la parte más superior del trocánter mayor.
- 30 VB. Por debajo, por fuera y por detrás del precedente, en la unión del tercio medio y lateral de la distancia entre la prominencia del trocánter mayor del fémur y la articulación sacrococcígea. Sobre la masa muscular del glúteo (Fig. 207).
- 31 VB. Por debajo y por delante del precedente, en la cara externa del muslo, a 7 cun por encima del Pliegue de la rodilla. Puede localizarse según se indica en la Fig. 208.
- 32 VB. A 2 cun por debajo del precedente
- 33 VB. A 3 cun por encima del punto 34 VB, en la depresión proximal del epicóndilo femoral lateral o externo (Fig. 209).
- 34 VB. Por debajo y delante del precedente, a 2 cun de la interlínea articular, entre la tibia y el peroné, debajo de la cabeza de éste, delante de su cuello en un hueco (Fig. 210).
- 35 VB. Por debajo y detrás del precedente, en la cara externa de la pierna, a 7 cun por encima de la extremidad superior del maléolo externo, sobre el borde posterior del peroné (Fig. 211).
- 36 VB. Sobre la misma horizontal que el precedente, por delante del borde anterior del peroné.
- 37 VB. A dos cun por debajo del precedente en la misma vertical a cinco cun por encima del borde superior del maléolo externo, en el reborde anterior del peroné.



**Fig. 212**



**Fig. 213**



**Fig. 214**

- 38 VB. Por debajo del precedente en su misma línea vertical y a cuatro cun por encima de la extremidad del maléolo en su parte supero-externa.
- 39 VB. A un cun por debajo del precedente, sobre su misma vertical y a tres cun por encima de la extremidad superior del maléolo externo, sobre el borde anterior del peroné (Fig. 212).
- 40 VB. Por debajo y delante del maléolo externo, en la cara externa del cuello del pie.
- 41 VB. Delante y por fuera del precedente, en el espacio intermetatarsiano del 4º y 5º dedos del pie, a tres cun del anterior.
- 42 VB. A un cun por delante del precedente, sobre el mismo espacio intermetatarsiano del 4º y 5º dedos.
- 43 VB. A nivel del punto de reunión del 4º y 5º metatarsianos, en el espacio interdital, delante de la articulación metatarsofalángica del 5º dedo.
- 44 VB. Delante del precedente, en el ángulo, ungual externo del 4º dedo del pie. (Fig. 213).

Los puntos de este meridiano se encuentran ubicados:

**En relación a masas musculares:** El punto 30 VB se ubica sobre la masa muscular del glúteo en la unión del tercio medio y lateral de la distancia entre la prominencia ósea del trocánter mayor del fémur y la articulación sacrococcígea. El punto 31 VB se encuentra en la cara externa del muslo, se puede ubicar según la Fig. 214.

2. **Adyacente a los huesos:** El punto 34 VB se ubica adyacente al cuello proximal del hueso peroné. El punto 39 VB se ubica sobre el borde anterior del peroné a 3 cun por encima del maléolo externo.

## 5.12. Meridiano del Hígado (H) (-) YIN (Fig. 215)

Comienza en el ángulo ungual externo del dedo pulgar, punto 1H. Corre por el dorso del pie, pasa por delante del maléolo interno, punto 4H, sigue por el borde interno de la tibia, puntos 5H, 6H, continúa por la cara interna del muslo, atraviesa el segmento medial de la arcada crural, sube por la pared abdomi-



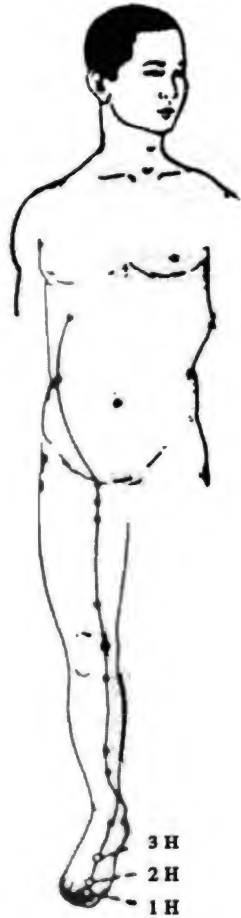


Fig. 215



Fig. 216



Fig. 217

nal hasta alcanzar la punta de la undécima costilla y vuelve hacia la línea media para terminar en el sexto espacio intercostal línea medio-clavicular, punto 14H.

Consta de 14 Puntos.

**Cinco Elementos:** Viento.

**Función:** Está en relación con el metabolismo energético del organismo.

**Sentido del flujo de la energía:** CENTRÍPETO.

**Unión con otro meridiano:** P en el tórax o continúa hacia VG.

**Los puntos se localizan de la siguiente forma:**

- H. A dos milímetros por detrás y por fuera del ángulo ungueal externo del dedo gordo del pie.
- 2 H. En el espacio interdigital del 1º y 2º dedos, en relación con la arteria interósea dorsal.
- 3 H. En el ángulo formado en el 1º y 2º metatarsiano, en la base interna del 2º. En relación con la arteria pedia en el lugar de su bifurcación en arteria dorsal del metatarso y arteria interósea dorsal. Su latido es importante, cuando no se percibe es de mal pronóstico (Figs. 216, 217).
- 4 H. En la línea de unión de los puntos 5 BP y 41 E (Fig. 218).
- 5 H. En el tercio inferior de la cara interna de la pierna sobre el borde interno de la tibia, en

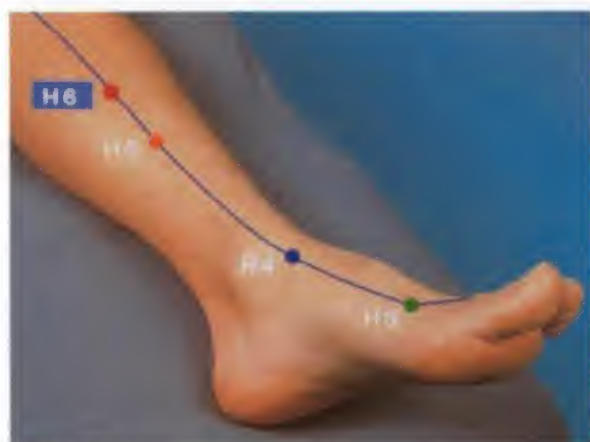




**Fig. 218**



**Fig. 221**



**Fig. 219**



**Fig. 222**



**Fig. 220**



**Fig. 223**

- una pequeña cúpula a cinco cun por encima del borde superior del maléolo.
- 6 H. A 7 cun por encima del maléolo interno, en la vertical del precedente, sobre el borde interno de la tibia (Fig. 219).
- 7 H. Bajo la tuberosidad interna de la tibia, detrás de la tuberosidad anterior y de la cresta tibial.
- 8 H. Con la rodilla flexionada en la extremidad interna del pliegue de flexión de la rodilla, al mismo nivel del 54V, contra la tuberosidad interna de la tibia, entre los tendones de los músculos de la pata de ganso (Fig. 220).
- 9 H. A 4 cun por encima del precedente en el tercio inferior de la cara interna del muslo, entre el músculo vasto interno y el músculo sartorio (Fig. 221).
- 10 H. En el tercio inferior de la cara interna del muslo, a 3 cun por debajo del borde superior del pubis.
- 11 H. A un cun por encima del precedente, en el pliegue de la ingle en relación con la arterial femoral.
- 12 H. Sobre el vello pubiano, parece corresponder al canal externo inguinal. A 2 cun lateralmente al pubis.

- 13 H. En la extremidad libre de una costilla. Sobre una línea horizontal que pasa a dos cun aproximadamente por encima del ombligo.
- 14 H. Sobre la línea del mamelón en el sexto espacio intercostal. A 4 cun lateralmente de la línea media anterior (Figs. 222, 223).

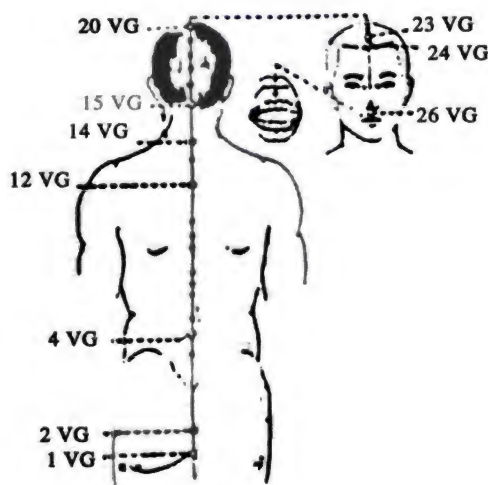
Los puntos de este meridiano se ubican:

**En los bordes de los huesos:** El punto 3 H, se ubica entre el 1° y 2° hueso metatarsiano. El punto 14H se ubica en el 6° espacio intercostal.

### 5.13. Meridiano del Vaso Gobernador (VG) (+) YANG (Fig. 224)

Comienza en el extremo del coxis (Punto 1 VG), asciende por la columna vertebral hasta la nuca (Punto 14 VG), contornea la calota, baja por el dorso de la nariz al labio superior para terminar dentro de la boca, en el medio del surco gingival (Punto 28 VG).

Consta de 28 Puntos.



Meridiano de Vaso Gobernador (VG)

**Fig. 224**



**Función:** Está en relación con la función del SNC.

**Sentido del flujo de la energía:** CENTRÍPETO.

**Unión con otro meridiano:** VC en la Cabeza desde la región dorsal.

**Los puntos se localizan de la siguiente forma**

- 1 VG. En la extremidad del cóxis, sobre la línea media posterior, hace falta acostar al enfermo sobre el vientre para localizarle. Entre el cóxis y el ano (Fig. 225).
- 2 VG. Por encima de la 4ª vértebra sacra, sobre la línea media posterior. Se debe de acostar al enfermo sobre el vientre para pincharle y estar bien relajado (Fig. 226).
- 3 VG. Este punto está situado debajo de la apófisis espinosa de la cuarta vértebra lumbar, sobre la línea media posterior. Se debe sentar al enfermo para pincharle (Fig. 227).
- 4 VG. Por debajo de la apófisis espinosa de la segunda vértebra lumbar. Corresponde por delante a la altura del ombligo. Se debe acostar al paciente en decúbito prono para ubicarlo (Figs. 228, 229).
- 5 VG. Por debajo de la apófisis espinosa de la 1ª vértebra lumbar, en la línea media posterior. Para pinchar hacer acostar al paciente sobre el vientre.
- 6 VG. Debajo de la apófisis espinosa de la 11ª vértebra dorsal, en la línea media posterior.
- 7 VG. Debajo de la apófisis espinosa de la 10ª vértebra dorsal, en la línea media posterior.
- 8 VG. Debajo de la apófisis espinosa de la 9ª vértebra dorsal, en la línea media posterior. Hacer inclinar al paciente hacia adelante para pincharle.
- 9 VG. Por debajo de la apófisis espinosa de la 7ª vértebra dorsal, en la línea media posterior.
- 10 VG. Debajo de la apófisis espinosa de la 6ª vértebra dorsal. Hacer inclinar al enfermo hacia adelante para moxar.
- 11 VG. Debajo de la apófisis espinosa de la 5ª vértebra dorsal, sobre la línea media posterior.
- 12 VG. Debajo de la apófisis espinosa de la 3ª vértebra dorsal, sobre la línea media posterior.
- 13 VG. Por debajo de la apófisis espinosa de la 1ª vértebra dorsal. Hacer que el enfermo incline la cabeza hacia adelante para pincharle.



**Fig. 225**



**Fig. 226**



**Fig. 227**





Fig. 228

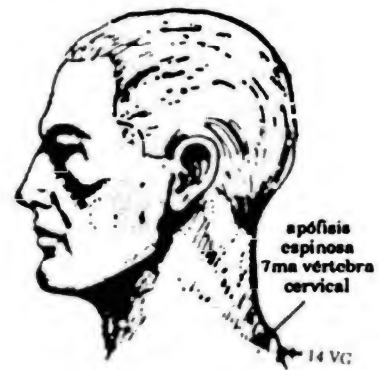


Fig. 231

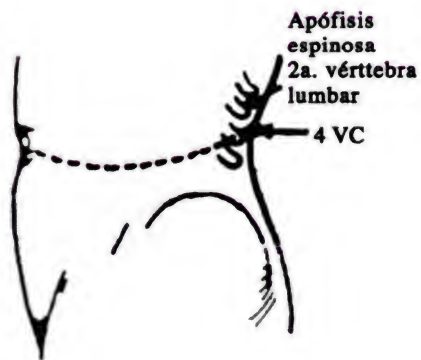


Fig. 229

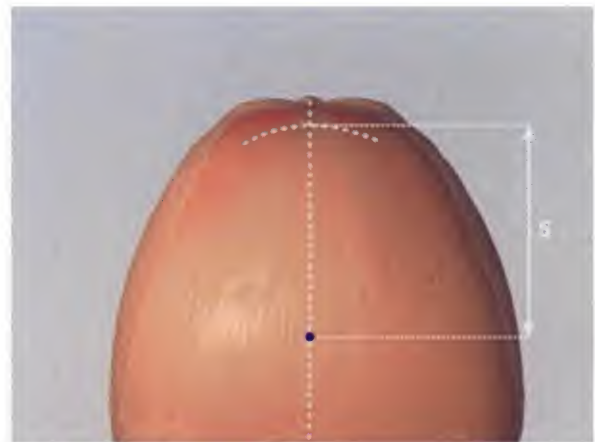


Fig. 232



Fig. 230

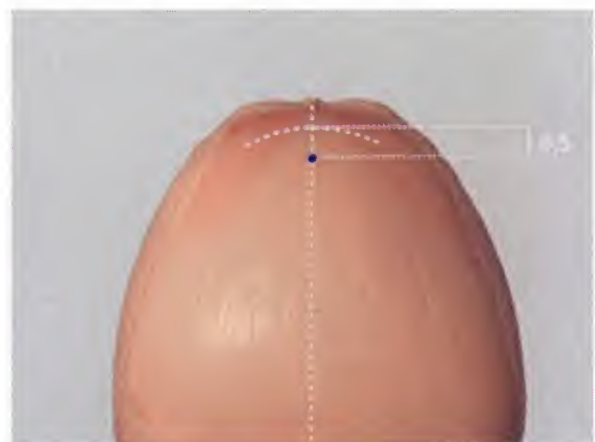


Fig. 233



Fig. 234



Fig. 235

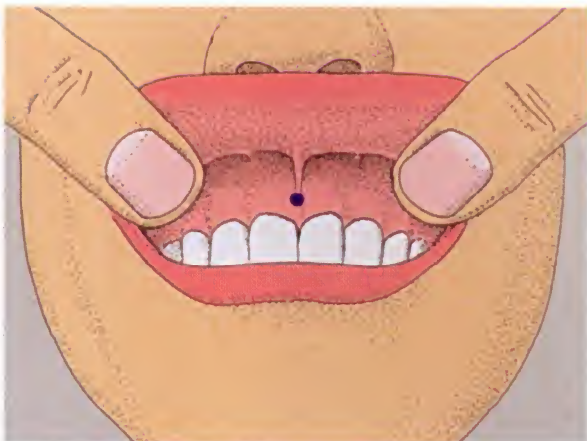
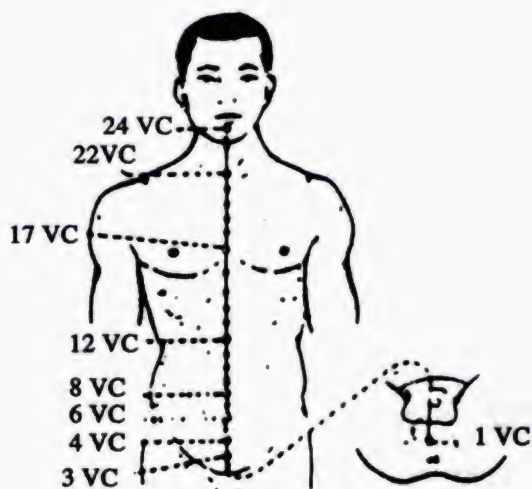


Fig. 236

- 14 VG. Este punto está situado entre la 7ª vértebra cervical y la apófisis espinosa de la 1ª vértebra torácica. Se localiza con el paciente en decúbito prono (Figs. 230, 231).
- 15 VG. Este punto está situado en la nuca, en la línea media posterior a 0,5 cun de la raíz de los cabellos en la parte media, en el hueco que forma al echar la cabeza hacia atrás. En esa misma horizontal se encuentra el 10 V, 20 VB y el 16 TR, yendo hacia la mastoides.
- 16 VG. Sobre la línea media posterior a un cun por encima de la línea del pelo.
- 17 VG. En la región occipital, línea media, a dos cun y medio más arriba de la línea del pelo.
- 18 VG. En la línea media del cráneo, 2 cun más arriba del precedente, sobre la cisura parieto-occipital.
- 19 VG. A 2 cun por encima del precedente, sobre la línea media del cráneo.
- 20 VG. Está situado en la parte más alta de la cabeza, sobre la línea media del cráneo, en un pequeño hueco de la sutura parietal, a 2 cun por encima del precedente y 5 cun por detrás de la línea anterior del pelo, donde el pelo forma remolino, esta considerado como la "Estrella Polar" (Fig. 232).
- 21 VG. A 2 cun por delante del precedente sobre la línea media del cráneo.
- 22 VG. En la línea media del cráneo, a nivel de la fontanela anterior, en el hueco que se forma por la reunión de los parietales con el frontal a 2 cun por detrás de la línea anterior del pelo.
- 23 VG. En la línea media del cráneo, a 1 cun por delante del precedente en un pequeño hueco.
- 24 VG. Sobre la línea media del cráneo, a un cun por delante del precedente, a 0,5 cun de la raíz frontal de los cabellos (Fig. 233).
- 25 VG. Este punto está situado en la línea media de la cara justo en la punta de nariz (Fig. 234).
- 26 VG. Este punto no se considera en algunas obras de acupuntura y estaría situado en el surco nasolabial, por debajo de la raíz de la nariz (Fig. 235).
- 27 VG. Está situado en la línea media nasal en el centro del labio superior donde cambia de piel a mucosa.
- 28 VG. Está situado en la parte superior del sillón nasolabial, debajo de la nariz en un hueco que se palpa (Fig. 236).



**Fig. 237**

#### 5.14. Meridiano del Vaso Concepción (VC) (-) YIN (Fig. 237)

Comienza en el periné, en el rafe medio entre el ano y los genitales, sigue al hipogastrio asciende por la línea media del abdomen (Punto 12VC), tórax (Punto 17VC), cuello y mentón. Termina en el borde alveolar de la mandíbula (Punto 24VC).

Consta de 24 Puntos.

**Función:** Tiene relación con los aparatos Respiratorio, Digestivo y Genitourinario.

**Sentido del flujo de la energía:** CENTRÍPETO.

**Unión con otro meridiano:** VG en la Cabeza desde la región ventral o continua hacia P.

**Los puntos se localizan de la siguiente forma:**

Este punto está situado en la línea media, entre el escroto o la vulva y el ano, en los alrededores anteriores del esfínter anal (Fig. 238).

Sobre la línea media anterior, a nivel del borde superior del pubis, entre el vello pubiano (Fig. 239).

**Fig. 238****Fig. 239****Fig. 240**





**Fig. 241**



**Fig. 244**



**Fig. 242**



**Fig. 245**



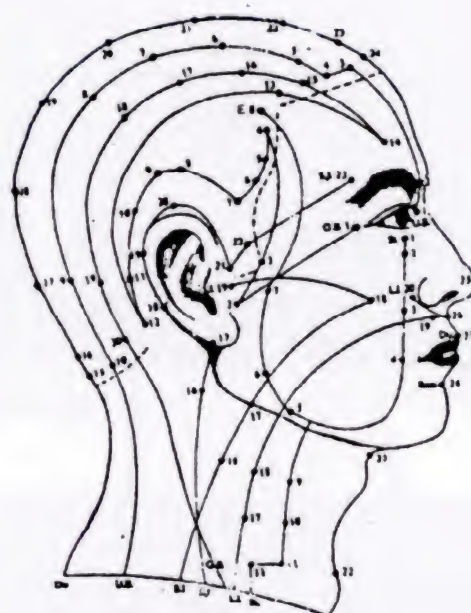
**Fig. 243**

- 3 VC. Punto de reunión del Bazo-Páncreas, Hígado y Riñón, a un cun por encima del borde superior del pubis y 4 cun por debajo del ombligo (Fig. 240).
- 4 VC. En la línea media anterior a un cun por encima del precedente.
- 5 VC. En la línea media anterior a 2 cun por debajo del ombligo y 3 cun por encima del pubis (Fig. 241).
- 6 VC. En la línea media anterior a un cun y medio por debajo del ombligo.





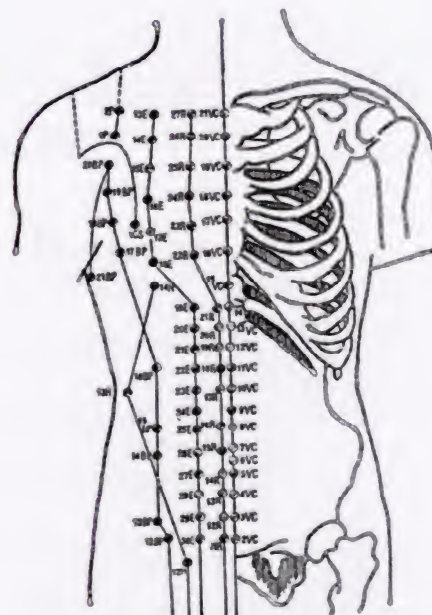
**Fig. 250**



**Fig. 253**



**Fig. 251**



**Fig. 254**



**Fig. 252**



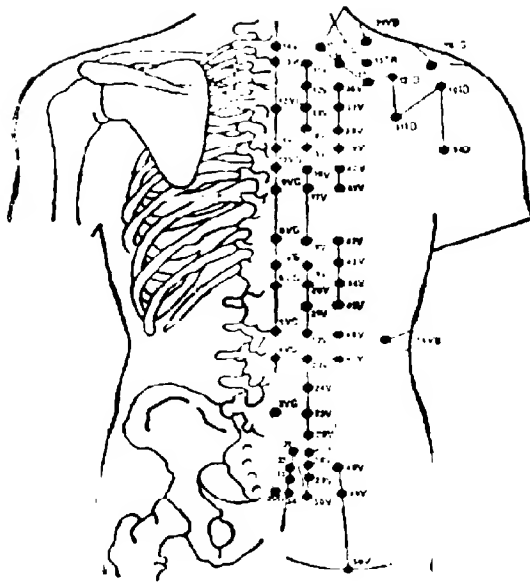


Fig. 255

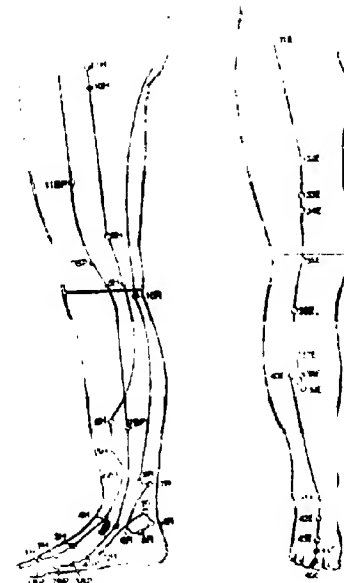


Fig. 257

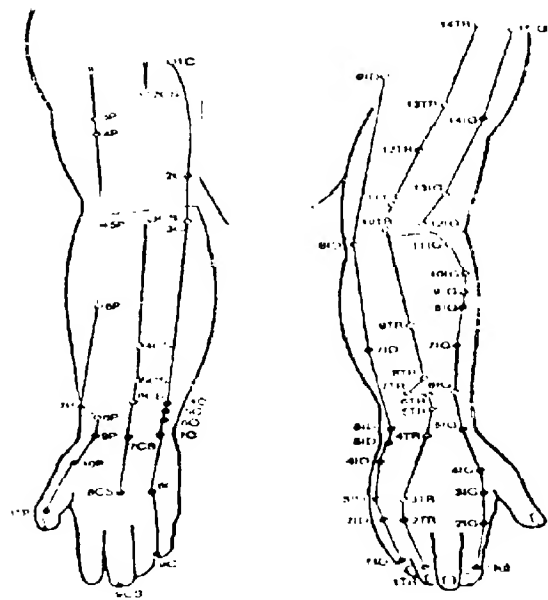


Fig. 256

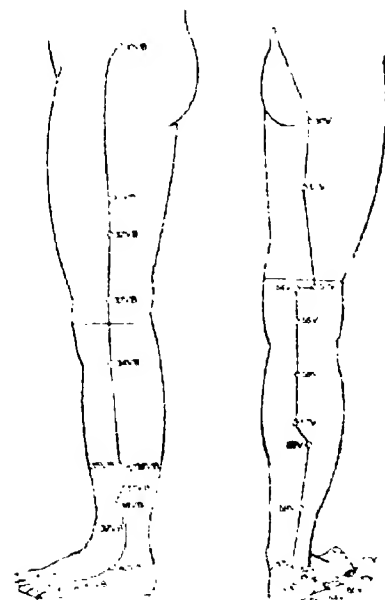
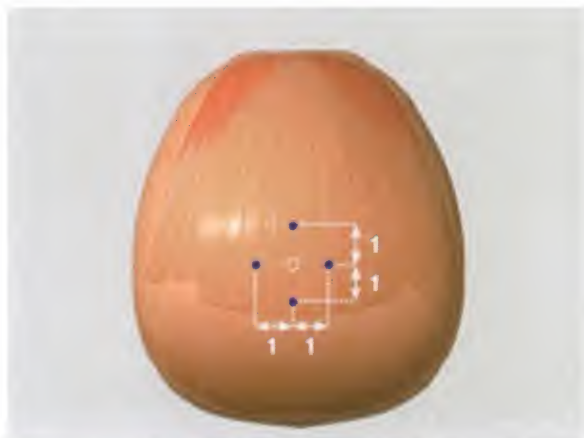
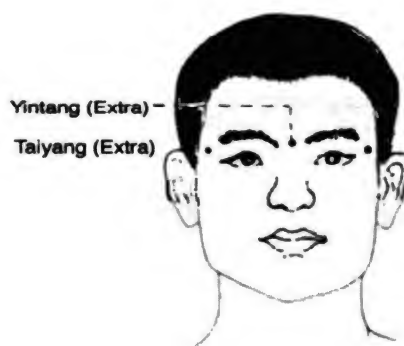


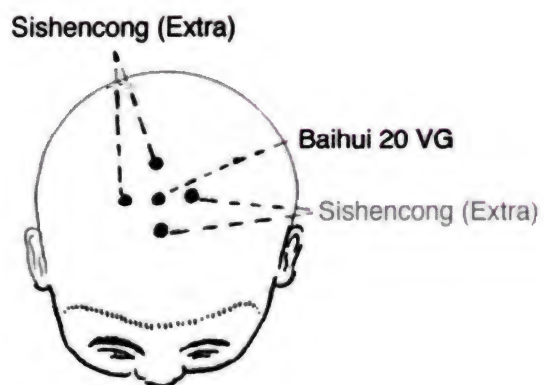
Fig. 258



**Fig. 259**



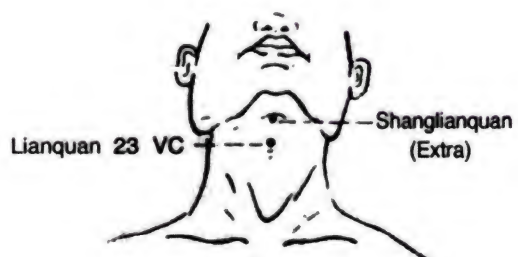
**Fig. 262**



**Fig. 260**



**Fig. 263**



**Fig. 261**



**Fig. 264**

Sello de la Frente

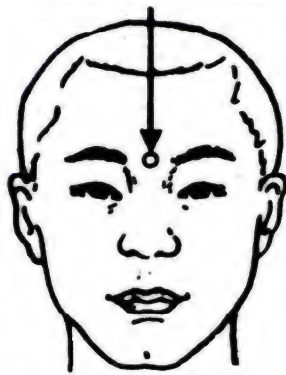


Fig. 265

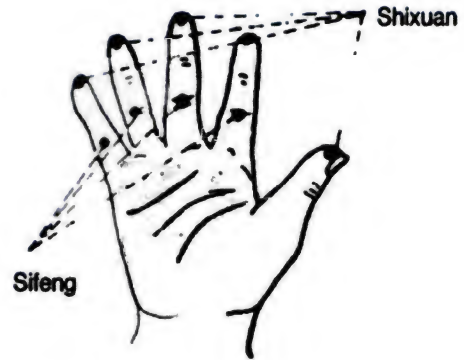


Fig. 268

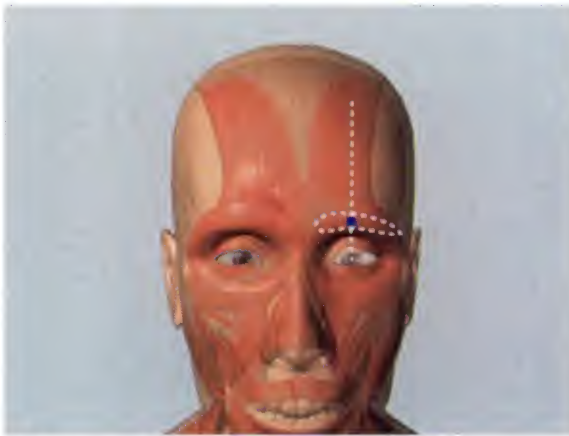


Fig. 266

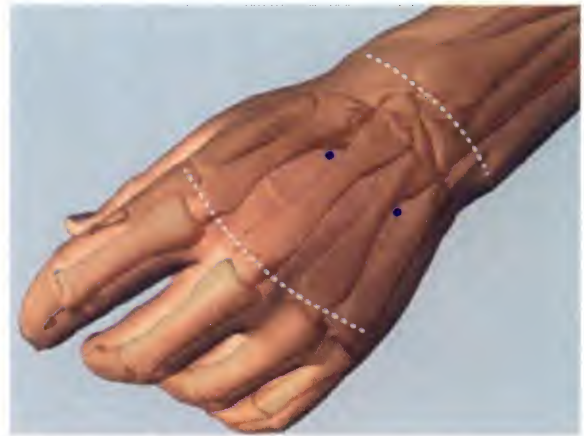


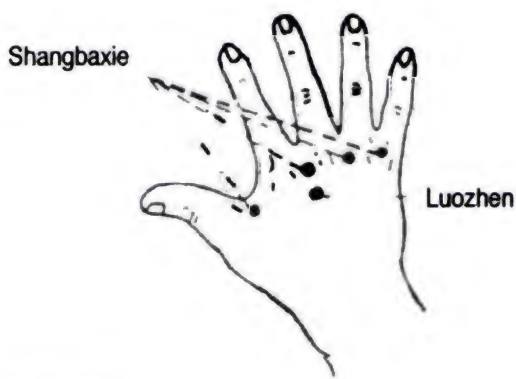
Fig. 269



Fig. 267

- 19 VC. Sobre la línea media anterior, en la línea de unión del cuerpo del esternón con el mango. A nivel de las inserciones de la 2ª y 3ª costilla (Fig. 247).
- 20 VC. En la línea media anterior, a nivel de las escotaduras no articulares determinadas por las inserciones de la 1ª y 2ª costilla (Fig. 248).
- 21 VC. En medio de la horquilla esternal, sobre el borde superior del hueso (Fig. 249).
- 22 VC. Sobre la línea media a nivel del cuello en la horizontal supraclavicular (Fig. 250).
- 23 VC. Sobre la línea media del cuello, por encima del hueso Hioides (Fig. 251).





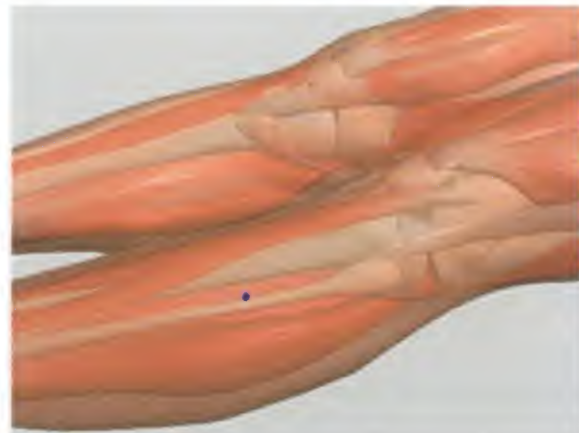
**Fig. 270**



**Fig. 273**



**Fig. 271**



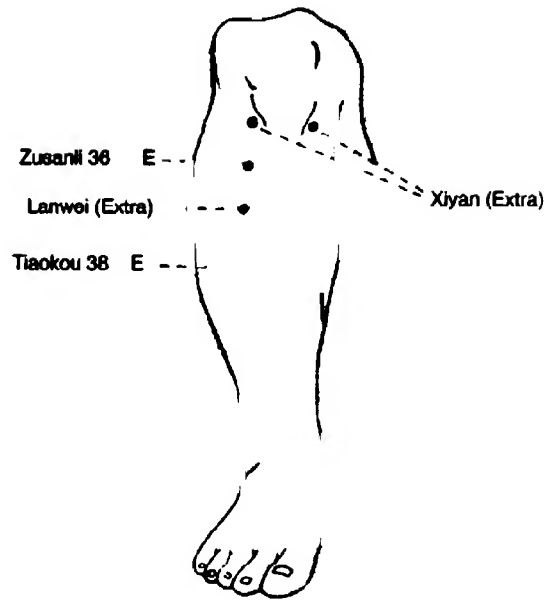
**Fig. 274**



**Fig. 272**

24 VC. Sobre la sínfisis mentoniana, en un hueco situado entre el labio inferior y la punta del mentón. Hacer abrir la boca para pincharle (Fig. 252).

Hasta aquí la localización de cada uno de los puntos en los catorce Meridianos. A continuación podemos observar las relaciones anatómicas de esos puntos ubicados en la región de la Cabeza (Fig. 253), región anterior y posterior del Tronco (Figs. 254, 255), la región ventral y dorsal del Miembro Superior (Fig. 256) y las regiones interna, anterior, lateral y posterior del miembro inferior (Figs. 257, 258).



**Fig. 275**

### 5.15. Puntos Extraordinarios

Estos puntos están ubicados fuera del recorrido del Meridiano, pero están en relación con algunos puntos conocidos. Aquí le presentamos la localización anatómica y las denominaciones de los 88 puntos más utilizados, así como sus indicaciones básicas.

**1. SISHENCONG:** (4 Puntos) están ubicados en relación con el punto 20 VG (Baihui) en las cuatro direcciones delante, atrás a la derecha y a la izquierda a la distancia de un cun (Figs. 259, 260).

Indicaciones: Puede utilizarse solo o en combinación con otros puntos. Cefaleas, Vértigo, Insomnio, Fatiga, Stress.

**2. SHANGLIANQUAN:** (1 Punto) ubicado por encima de la prominencia laríngea en la línea media anterior del cuello, a un cun por encima del punto 23 VC (Lianquan) (Fig. 261).

Indicaciones: Disfunción de la lengua, en la analgesia para la amigdalectomía, salorrea, amigdalitis crónica.

**3. TAIYANG:** (2 Puntos) se ubican en la sien aproximadamente a un cun posterior al punto medio entre el borde exterior del ojo y la cola de la ceja (Figs. 262, 263).

Indicaciones: Cefalea migrañosa, enfermedades del ojo.

**4. YINTANG:** (1 Punto) también llamado "Sello de la Frente", ubicado en el punto medio entre las dos cejas (Figs. 264, 265).

Indicaciones: Cefaleas, Insomnio, enfermedades de la nariz, resfriado.

**5. YUYAO:** (2 Puntos) ubicados en el punto medio de cada ceja.

Indicaciones: Enfermedades de los ojos, cefalea frontal (Fig. 266).

**6. SHIXUAN:** (10 puntos) ubicados en la punta de cada dedo de las manos (Figs. 267, 268).

Indicaciones: Lipotimia, Shock, Fatiga.

Puede puncionarse con la aguja de tres filos y dejar que brote pequeña cantidad de sangre.

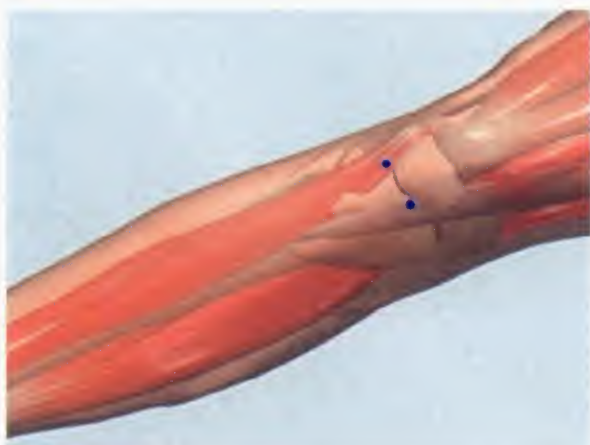


Fig. 276



Fig. 277



Fig. 278

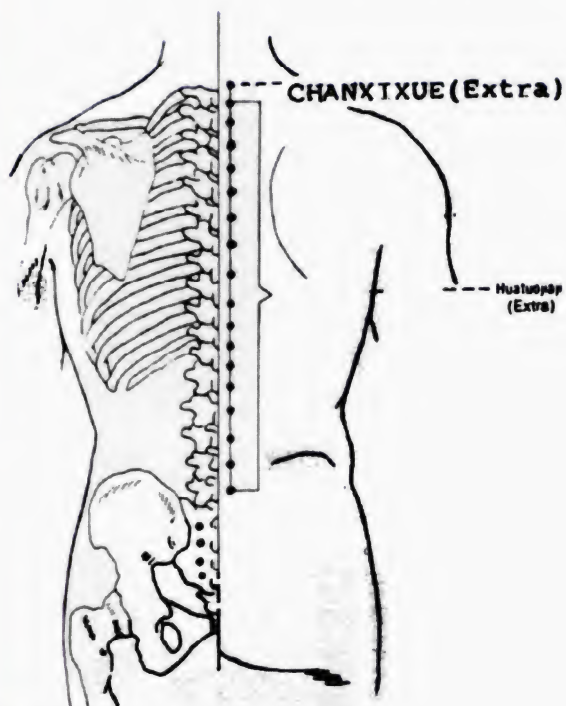


Fig. 279



Fig. 280



**7. LUOZHEN:** (2 Puntos) ubicados entre los huesos metacarpianos 2º y 3º de cada mano en su cara dorsal. A 0,5 cun por encima de las articulaciones metacarpofalángicas (Figs. 269, 270).

Indicaciones: Tortícolis, Artritis de las articulaciones de la mano.

**8. SHANGBAXIE:** (8 Puntos) se pueden localizar en una depresión de la cara dorsal de cada mano, a 0,5 cun de las uniones metacarpo-falángicas. En los espacios interdigitales (Figs. 270, 271).

Indicaciones: Dolor de artritis de las manos, cefalea, dolor dentario.

**9. SIFENG:** ( 8 Puntos) se localizan en la palma de la mano, en el punto medio del pliegue de la primera articulación interfalángica de cada dedo (del 2º al 5º dedo) (Figs. 268, 272).

Indicaciones: Puede punccionarse con aguja más gruesa y no es necesario profundizar, sino que se realiza la rotación de la aguja constante de 1 a 2 minutos. Indigestión infantil, Enuresis, llanto nocturno infantil.

**10. BAFENG:** (8 Puntos) se pueden localizar en una depresión en la cara dorsal de cada pie, en las uniones metatarsofalángicas por analogía con el punto SHANGBAXIE. Están en relación con los puntos 2H (XINGJIAN), 44 E (NEITING) y 43 VB (XIAXI) (Fig. 273).

Indicaciones: Dolor de artritis en los pies, cefalea, dolor dentario.

**11. LANWEI:** (2 Puntos) se localizan a 2 cun por debajo del punto 36 E (ZUSANLI) (Figs. 274, 275).

Indicaciones: Dolor en miembro inferior, colitis, dismenorrea, gonartrosis.

**12. XIYAN:** (4 Puntos) se localizan en ambos lados del tendón patelar, en una depresión (Figs. 275, 276).

Indicaciones: Dolor en la articulación de la rodilla. Las agujas deben colocarse según la Fig. 277.

**13. CHUANXIXUE:** (2 Puntos) ubicados a 0.5 cun lateral al punto 14 VG (Dazhui) (Figs. 278, 279).

Indicaciones: Bronquitis, tos, asma bronquial, artrosis cervical.

**14. HUATUOJIAJI:** (34 Puntos) ubicados a 0.5 cun de las apófisis espinosas de la columna vertebral torácica y lumbar (Figs. 279, 280).

Indicaciones: Neuralgia intercostal, enfermedad espinal, artrosis dorsal y lumbar.

**15. Punto ASHI.** Lo consideramos de este capítulo pues no está ubicado en ningún Meridiano. Dentro de una zona dolorosa, es el punto más doloroso.

Indicaciones: De acuerdo a la zona dolorosa es útil en el tratamiento del dolor osteo-muscular, contracciones musculares, fatiga, etc.

## 6. Los Puntos de los catorce Meridianos

### 6.1. Meridiano del Pulmón (P)

1 P	Zhongfu	Chungfu
2 P	Yunmen	Yunmen
3 P	Tianfu	Tienfu
4 P	Xiabai	Hsiapai
5 P	Chize	Chihitse
6 P	Kongzui	Kungtsui
7 P	Lieque	Liehchueh
8 P	Taiyuan	Taiyuan
10 P	Yuji	Yuchi
11 P	Shaoshang	Shaoshang

### 6.2. Meridiano del Intestino Grueso (IG)

1 IG	Shangyang	Shangyang
2 IG	Erjian	Erhchien
3 IG	Sanjian	Sanchien
4 IG	Hegu	Hoku
5 IG	Yangxi	Yangsi
6 IG	Pianli	Pienli
7 IG	Wenliu	Wenliu
8 IG	Xianlian	Hsialien
9 IG	Shanglian	Shanglien
10 IG	Shousanli	Shousanli
11 IG	Quchi	Chuchih
12 IG	Zhouliao	Chouliao
13 IG	Shouwuli	Wuli
14 IG	Binao	Pinao
15 IG	Jianyu	Chienyu
16 IG	Jugu	Chuku
17 IG	Tanding	Tienting
18 IG	Futu	Cuelle-Futu
19 IG	Heliao	Nariz-holiao
20 IG	Yinxiang	Yinghsiang

### 6.3. Meridiano del Estómago (E)

1 E	Chengqi	Chengchi
2 E	Sibai	Szupai
3 E	Juliao	Rostro-Chuliao
4 E	Dicang	Titsang
5 E	Daying	Taying
6 E	Jiache	Chache
7 E	Xiaguan	Hsiakuan
8 E	Touwei	Touwei
9 E	Renying	Renying
10 E	Shuitu	Shuitu
11 E	Qishe	Chishe
12 E	Quepen	Chuehpen
13 E	Qihu	Chihu
14 E	Kufang	Kufang
15 E	Wuyi	Wuyi
16 E	Yingchuang	Yingchuang
17 E	Ruzhong	Juchung
18 E	Rugen	Juken
19 E	Burong	Puyung
20 E	Chengman	Chengman
21 E	Liangmen	Liangmen
22 E	Guanmen	Guanmen
23 E	Taiyi	Taiyi
24 E	Huaroumen	Huaroumen
25 E	Tianshu	Tianshu
26 E	Wailing	Wailing
27 E	Daju	Tachu
28 E	Shuidao	Shuitao
29 E	Guilai	Kueilai
30 E	Qichong	Chichung
31 E	Biguan	Pikuan
32 E	Futu	Femur-Futu
33 E	Yinshi	Yinshi
34 E	Lianqiu	Liangchui
35 E	Dubi	Dubi
36 E	Zusanli	Tzusanli
37 E	Shangjuxu	Sanchusu
38 E	Tiaokou	Tiaokou

39 E	Xiajuxu	Siachusu
40 E	Fenglong	Fenglong
41 E	Jiexi	Chesi
42 E	Chongyang	Chungyang
43 E	Xiangyu	Hsienku
44 E	Neiting	Neiting
45 E	Lidui	Litui

**6.4. Meridiano del Bazo-Páncreas (BP)**

1 BP	Yinbai	Yinbai
2 BP	Dadu	Tatu
3 BP	Taibai	Taibai
4 BP	Gongsun	Kungsun
5 BP	Shangqiu	Shangchiu
6 BP	Sanyinjiao	Shanyinchiao
7 BP	Lougu	Louku
8 BP	Diji	Tiji
9 BP	Yinlingquan	Yinlingchuan
10 BP	Xuehai	Hsuehai
11 BP	Jimen	Chimen
12 BP	Chongmen	Chungmen
13 BP	Fushe	Fushe
14 BP	Daheng	Taheng
16 BP	Fuai	Fuai
17 BP	Shidou	Shihtou
18 BP	Tianxi	Tienhsi
19 BP	Xiongxiang	Sionsiang
20 BP	Chourong	Chouyang
21 BP	Dabao	Tapao

**6.5. Meridiano del Corazón (C)**

1 C	Jiquan	Chinchuan
2 C	Qingling	Chinglin
3 C	Shaohai	Shaohai
4 C	Lingdao	Lingtao
5 C	Tongli	Tungli
6 C	Yinxi	Yinhsi
7 C	Shenmen	Shenmen
8 C	Shaofu	Shaofu
9 C	Shaochong	Shaochung

**6.6. Meridiano del Intestino Delgado (ID)**

1 ID	Shaoze	Shaotse
2 ID	Qiangyu	Chengyu
3 ID	Houxi	Housi
4 ID	Wangu	Mano-Wanku
5 ID	Yanggu	Yangku
6 ID	Yanglao	Yanglao
7 ID	Zhizheng	Chicheng
8 ID	Xiaohai	Hsiaohai
9 ID	Jianzhen	Chenchen
10 ID	Naoshu	Naoshu
11 ID	Tianzong	Tientsung
12 ID	Bingfen	Pingfen
13 ID	Quyuan	Chuyuan
14 ID	Jianwaishu	Chienwaishu
15 ID	Jianzhongshu	Chienchungshu
16 ID	Tianchuang	Tianchang
17 ID	Tianrong	Tienjung
18 ID	Quanliao	Chuanliao
19 ID	Tinggong	Tingkung

**6.7. Meridiano de la Vejiga (V)**

1 V	Jingming	Chinming
2 V	Zanzhu	Tsanchu
3 V	Meichong	Meichung
4 V	Ouchai	Chucha
5 V	Wuchu	Wuchu
6 V	Chengguang	Chengkuang
7 V	Tongtian	Tungtien
8 V	Luoque	Lochueh
9 V	Yuzhen	Yuchen
10 V	Tianzhu	Tienchu
11 V	Dashu	Tachu
12 V	Fengmen	Fengmen
13 V	Feishu	Fuishu
14 V	Jueyinshu	Chuehyinshu
15 V	Xinshu	Xinyu
16 V	Dushu	Duyu
17 V	Geshu	Gosu
18 V	Ganshu	Ganyu
19 V	Danshu	Danyu
20 V	Pishu	Piyu
21 V	Weishu	Weishu



22 V	Sanjiaoshu	Sanchiaoshu
23 V	Shenshu	Shenyu
24 V	Qihai	Qihaiyu
25 V	Dachangshu	Tachangshu
26 V	Guanyuanshu	Kuanyuanshu
27 V	Xiaochangshu	Hsiao-changshu
28 V	Panguangshu	Pangkuangshu
29 V	Zhonglushu	Chunglushu
30 V	Baihuanshu	Paihuanshu
31 V	Shangliao	Shangliao
32 V	Ciliao	Tzuliao
33 V	Zhongliao	Chungliao
34 V	Xialiao	Hsialiao
35 V	Huiyang	Huiyang
36 V	Fufen	Fufen
37 V	Pohu	Pohu
38 V	Gaohuang	Kaohuang
39 V	Shentang	Shentang
40 V	Yixi	Yihsi
41 V	Geguan	Kekuan
42 V	Hunmen	Hunmen
43 V	Yanggang	Yangkang
44 V	Yishe	Yishe
45 V	Welcang	Weltsang
46 V	Huangmen	Huangmen
47 V	Zhishi	Chishih
48 V	Baohuang	Paohuang
49 V	Zhibian	Chihpien
50 V	Chengfu	Chengfu
51 V	Yinmen	Yinmen
52 V	Fuxi	Fuhsi
53 V	Weiyang	Weiyang
54 V	<b>Weizhong</b>	<b>Weichung</b>
55 V	Heyang	Heyang
56 V	Chengjin	Chengchin
57 V	Chengshan	Chengshan
58 V	Feiyang	Feiyan
59 V	Fuyang	Fuyang
60 V	Kunlun	Kulun
61 V	Pushen	Pushen
62 V	Shenmai	Shenmo
63 V	Jinmen	Chinmen
64 V	Jinggu	Chingku
65 V	Shugu	Shuku
66 V	Tonggu	Pie-Tonggu
67 V	Zhiyin	Chihyin

#### 6.8. Meridiano del Riñón (R)

1 R	Yongquan	Yungchuan
2 R	Rangu	Janku
3 R	Taixi	Taixi
4 R	Dazhong	Tachung
5 R	Shuiquan	Shuichuan
6 R	Zhaohai	Chaochai
7 R	Fuliu	Fuliu
8 R	Jiaoxin	Chiaohsin
9 R	Zhubin	Chupin
10 R	Yingu	Yingu
11 R	Henggu	Gengu
12 R	Dahe	Tage
13 R	Qixue	Chih-sueh
14 R	Siman	Siman
15 R	Zhongzhu	Abdomen-chungchu
16 R	Huangsu	Huangshu
17 R	Shangqu	Shangchu
18 R	Shiguan	Shihkuan
19 R	Yindu	Yintu
20 R	Tonggu	Abdomen-Tungku
21 R	Youmen	Yumen
22 R	Bulang	Pulang
23 R	Shenfeng	Shenfeng
24 R	Lingxu	Lingsu
25 R	Shencang	Shentsang
26 R	Yuzhong	Yuchung
27 R	Shufu	Yufu

#### 6.9. Meridiano del Pericardio (P)

1 PC	Tianchi	Tienchih
2 PC	Tianquan	Tienchuan
3 PC	Quze	Chutse
4 PC	Ximen	Hsimen
5 PC	Jianshi	Chien-shih
6 PC	Neiguan	Neikuan
7 PC	Daling	Taling
8 PC	Laogong	Laokun
9 PC	Zhongchong	Chungchung

#### 6.10. Meridiano del Triple Recalentador (TR)

1 TR	Guanchong	Kuanchung
2 TR	Yemen	Yemen
3 TR	Zhongzhu	Mano-Chungchu
4 TR	Yangchi	Yangchih
5 TR	Waiguan	Waikuan
6 TR	Zhigou	Chihkou
7 TR	Huizong	Huitsung
8 TR	Sanyangluo	Sanyanglo
9 TR	Sidu	Szutu
10 TR	Tianjing	Tienching
11 TR	Qinglengyuan	Chinglengyuan
12 TR	Xiaoluo	Hsiaolo
13 TR	Naohui	Naohui
14 TR	Jinliao	Chienliao
15 TR	Tianliao	Tienliao
16 TR	Tianyou	Tienyu
17 TR	Yifeng	Yifeng
18 TR	Qimai	Chimai
19 TR	Luxi	Lushi
20 TR	Jiaosun	Chuehsun
21 TR	Ermen	Ermen
22 TR	Heliao	Oreja -Holiao
23 TR	Sizhukong	Szuchukung

19 VB	Naokong	Naokung
20 VB	Fengchi	Fengchi
21 VB	Jiangjing	Chienching
22 VB	Yuanye	Yuanyeh
23 VB	Zhejin	Chejin
24 VB	Riyue	Jihyueh
25 VB	Jingmen	Chingmen
26 VB	Daimai	Daimo
27 VB	Wushu	Wushu
28 VB	Weidao	Weitao
29 VB	Juliao	Fémur-Chulaio
30 VB	Huantiao	Huantiao
31 VB	Fengshi	Fengshih
32 VB	Zhongdu	Fémur-zhongdu
34 VB	Yanglingquan	Yanglingquan
35 VB	Yangjiao	Yangchiao
36 VB	Waiqiu	Waichin
37 VB	Guangming	Kuangming
38 VB	Yangfu	Yangfu
39 VB	Xuanzhong	Hsuanchung
40 VB	Qiuxu	Chiuhsu
41 VB	Zulinqi	Pie-Linchi
42 VB	Diwuhui	Tiwuhui
43 VB	Xiaxi	Hsiahsi
44 VB	Zuqiaoyin	Pie-Qiaoyin

#### 6.11. Meridiano de la Vesícula Biliar (VB)

1 VB	Tongzilliao	Tungtzuliao
2 VB	Tinghui	Tinghui
3 VB	Shangguan	Shangkuan
4 VB	Hanyan	Hanyen
5 VB	Xuanlu	Hsuanlu
6 VB	Xuanli	Hsuanli
7 VB	Oubin	Chupin
8 VB	Shuaigu	Shuaiku
9 VB	Tianchong	Tienchung
10 VB	Fubai	Fupai
11 VB	Touqiaoyin	Mano-Chiaoyin
12 VB	Wangu	Mano-Wanku
13 VB	Benshen	Penshen
14 VB	Yangbai	Yangpar
16 VB	Muchuang	Muchuang
17 VB	Zhengying	Chengying
18 VB	Chengling	Chengling

#### 6.12. Meridiano del Hígado (H)

1 H	Dadun	Taедun
2 H	Xingjian	Hsingchien
3 H	Taichong	Taichung
4 H	Zhongfen	Chungfeng
5 H	Ligou	Likou
6 H	Zhongdu	Tibia-Chungtu
7 H	Xiguan	Hsikuan
8 H	Ququan	Chuchuan
9 H	Yinbao	Yinpao
10 H	Wuli	Fémur-Wuli
11 H	Yinlian	Yinlien
12 H	Jimai	Chimo
13 H	Zhangmen	Changmen
14 H	Qimen	Chimen

**6.13. Meridiano del Vaso Gobernador (VG)**

1 VG	Changqiang	Changchiang
2 VG	Yaoshu	Yaoyu
3 VG	Yaoyangguan	Cintura-Yangkuan
4 VG	Mingmen	Mingmen
5 VG	Xuanshu	Hsuanshu
6 VG	Jlzhong	Chichung
7 VG	Zhongshu	Chungshu
8 VG	Jinsuo	Chinso
9 VG	Zhiyang	Chihyang
10 VG	Lingtai	Lingtai
11 VG	Shendao	Shentao
12 VG	Shenzhu	Shenchu
13 VG	Taodao	Taotao
14 VG	Dazhui	Tachui
15 VG	Yamen	Yamen
16 VG	Fengfu	Fengfu
17 VG	Naohu	Naohu
18 VG	Qiangjian	Chiangchien
19 VG	Houding	Houting
20 VG	Baihui	Paihui
21 VG	Qianding	Chienting
22 VG	Xinhui	Hsinhui
23 VG	Sangxing	Shanghsing
24 VG	Shenting	Shenting
25 VG	Suliao	Suliao
26 VG	Renzhong	Renzhong
27 VG	Duiduan	Tuituan
28 VG	Yinjiao	Yinchiao

**6.14. Meridiano del Vaso Concepción (VC)**

1 VC	Huiyin	Huiyin
2 VC	Qugu	Chuku
3 VC	Zhongji	Chungchi
4 VC	Guanyuan	Guangyuan
5 VC	Shimen	Shihmen
6 VC	Qihai	Chihai
7 VC	Yinjiao	Abdomen-Yinchiao
8 VC	Shenque	Shenchueh
9 VC	Shuifen	Shuifen
10 VC	Xiawan	Hsiawan.
11 VC	Jianli	Chienli
12 VC	Zhongwan	Chungwan
13 VC	Shangwan	Shanwan
14 VC	Juque	Chuchueh
15 VC	Jiuwei	Chiuwei
16 VC	Zhongting	Chungting
17 VC	Shanzhong	Tanzhong
18 VC	Yutang	Yutang
19 VC	Zigong	Tórax-Tzukung
20 VC	Huagai	Huakai
21 VC	Xuanji	Hsuanchi
22 VC	Tiantu	Tientu
23 VC	Lianquan	Lienchuan
24 VC	Chengjiang	Chengchiang



## 7. Técnica y Manipulación

### 7.1 Técnica de la Acupuntura

La acupuntura es el procedimiento médico que por medio de punciones con agujas metálicas, en algunos puntos de la piel y mucosas del cuerpo, se obtiene respuestas terapéuticas deseadas.

Estas agujas una vez insertadas pueden ser estimuladas manualmente, con calor (moxibustión), eléctricamente, con láser etc. Los efectos esperados pueden ser preventivos o "curativos" ya que se ponen en juego mecanismos fisiológicos que ayudan a restablecer el equilibrio biológico del cuerpo. La moxibustión puede aplicarse sin agujas (Figs. 281, 282).

Habitualmente se utilizan 4 a 8 puntos en cada sesión (aunque puede variar en más o menos puntos) por un período de 5 a 10 días (también puede variar de acuerdo al paciente y las enfermedades a tratar) con un tiempo de estimulación entre 10 y 40 minutos. Las sesiones de tratamiento pueden ser diarias o en días alternos.

Esta técnica no sólo es útil en el humano sino que también ha sido probada con gran éxito en los animales, incluso en algunas intervenciones quirúrgicas.

Antes de considerar los puntos recomendados en algunas patologías, pasamos a detallar brevemente algunos aspectos que consideramos preliminares en todo personal que quiere dedicarse a la práctica de esta técnica.

### 7.2. Las Agujas

Es el arma fundamental para el tratamiento con acupuntura. Hemos mencionado que inicialmente fueron hechas de piedras -objetos puntiagudos- y que después a través de la evolución del hombre fueron de madera (bambú), cobre, oro, plata, etc, pero actualmente las agujas más utilizadas son de acero inoxidable muy finas, que van desde 12 mm hasta unos 12 cm.

Se dividen en cuatro partes: mango, raíz (limita el mango del cuerpo), cuerpo y punta (Fig. 283). Una, buena aguja debe ser flexible pero fuerte que resis-



Fig. 281



Fig. 282



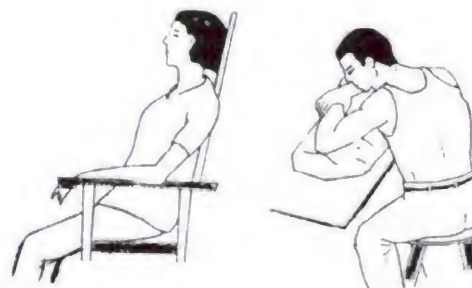
**Fig. 283**



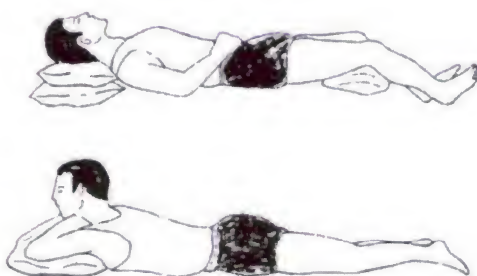
**Fig. 286**



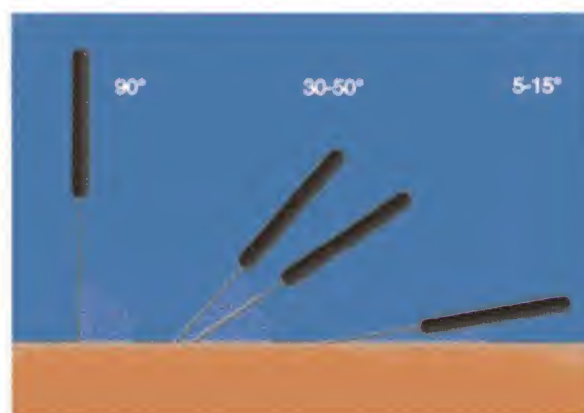
**Fig. 284**



**Fig. 287**



**Fig. 285**



**Fig. 288**

ta la entrada a la piel y músculos, además debe tener la punta bien afilada y no puede tener poros en su cuerpo.

En la Fig. 284 podemos observar las diferentes formas de agujas (A: capilares, B: triangulares, C: de retención). Para su utilización debe cumplirse estrictamente las normas de asepsia y antisepsia establecidas. Preferiblemente su esterilización debe ser en autoclave. También es útil el Bromuro de Lauril Dimetil Bencil Amonio al 0.16%, que evita la resequead de la aguja, preservando sus características. En lugares donde se pueda dar una solución económica recomendamos utilizar agujas desechables o al menos personales.

### 7.3. Manipulación del paciente

El paciente que se someta al tratamiento con acupuntura debe adoptar una posición cómoda, de decúbito supino, prono (Fig. 285) o lateral (Fig. 286), según sea el caso. Puede ser sentado cómodamente y si es posible con las manos apoyadas (Fig. 287).

Previo al tratamiento el paciente no debe ingerir alimentos pesados, ni estar muy nervioso. De ser así, debe esperarse un tiempo prudencial. A los pacientes con tratamiento psiquiátrico hay que brindarle especial atención, de igual forma a los niños y ancianos.

Debe realizarse una cuidadosa inspección del área donde se colocarán las agujas, observar hematomas, quemaduras, cicatrices, heridas, etc., para evitar accidentes.

Generalmente hay tres ángulos de inserción de la aguja de acupuntura: (Fig. 288).

Perpendicular: La aguja se inserta con un ángulo de 90 grados con respecto a la superficie de la piel.

2. Oblicua: La aguja se inserta con un ángulo de aproximadamente 45 grados y oscila entre 30 y 60 grados.

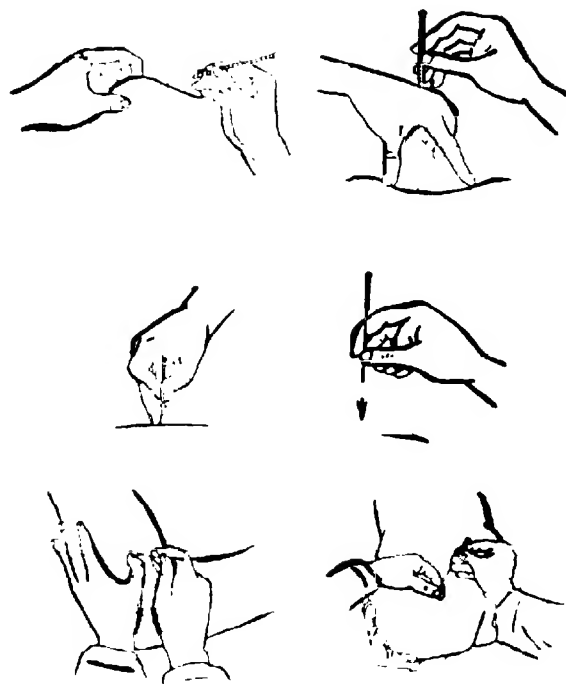


Fig. 289

3. Transversal: La aguja se inserta con un ángulo de aproximadamente 15 grados y oscila entre 5 y 20 grados.

Las diferentes formas de puncionar con la aguja de acupuntura se observa en las Figs. 289, 290, 291, 292.

Las agujas pueden ser estimuladas por rotación o por penetración y retirada (Figs. 293, 294).

Como hemos mencionado anteriormente, la acupuntura, cuyo origen se remonta probablemente desde antes de la edad de piedra, ha tenido mantenidas etapas de rechazo por parte de muchos médicos occidentales, sin embargo, hoy día ya es una técnica de probada eficiencia para aliviar dolores y otras enfermedades. Pero es necesario detallar algunos conceptos, para una mejor comprensión de su mecanismo de acción.





Fig. 290



Fig. 291

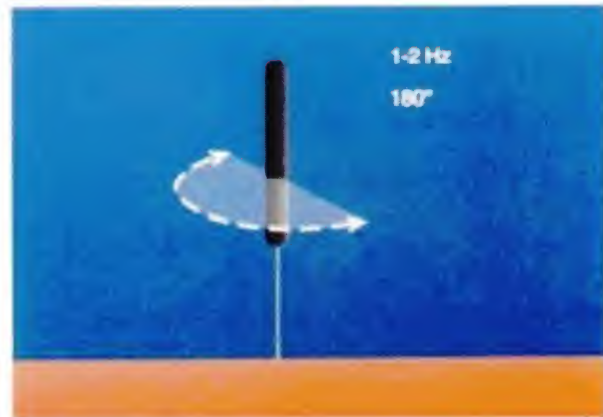


Fig. 292



Fig. 293

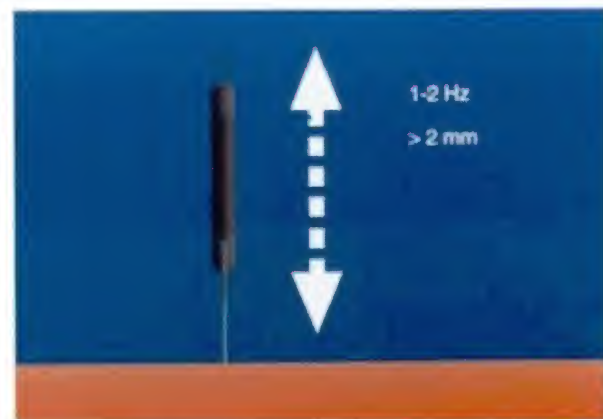


Fig. 294

## 8. Neurofisiología del Dolor

### 8.1 Anatomía del Sistema Nervioso

Antes de considerar los mecanismos del dolor, creemos necesario discutir algunos conceptos básicos de la estructura normal y el funcionamiento del Sistema Nervioso.

El Sistema Nervioso puede ser dividido en dos partes estructuralmente definidas: El Sistema Nervioso Central (SNC) y el Sistema Nervioso Periférico (SNP).

El SNC está constituido por el encéfalo y la médula espinal y el SNP por los nervios craneales, las raíces ventrales y dorsales de los nervios espinales, los ganglios y los nervios periféricos.

Desde el punto de vista microscópico, existen dos tipos de células en el Sistema Nervioso: La Neurona y La Glia. Las primeras con un alto grado de especialización en la conducción del impulso eléctrico. Además, en el SNC existen algunos tipos de glías: astrocitos, oligodendroglia y microglías. Los astrocitos ayudan a mantener un microambiente en el fluido intersticial favorable a la neurona. Estas células son parte integrante del complejo proceso de la barrera hemato-encefálica. La oligodendroglia rodea los axones con un material rico en lípidos llamado mielina; esto permite aislamiento eléctrico. Por último, la microglia está constituida por macrófagos especiales para la resistencia del SNC, capaces de tomar las funciones de otras glías.

En el SNP la glia es la célula de Schwann, que es la contrapartida de la oligodendroglia del SNC. Esta mantiene el aislamiento eléctrico, evita los cortocircuitos

entre axones y también favorece el incremento de la velocidad de conducción.

### 8.2. Potencial de Acción

Es conocido que la neurona presenta alta concentración de Potasio ( $K^+$ ) en su interior y mantiene alta concentración de Sodio ( $Na^+$ ) en sus alrededores, lo que provoca una diferencia de potencial de  $-70$  mV, llamado potencial de reposo. Esto es mantenido por la existencia de la bomba Na-K.

Un pequeño estímulo que sobrepasa el umbral puede desencadenar un incremento de la conductancia de Sodio ( $G_{Na^+}$ ) y la apertura de los canales del  $Na^+$ , lo cual provoca una entrada brusca de éste a la célula y su correspondiente despolarización. Casi al unísono, con una discreta demora, se inicia el proceso paralelo de la apertura de los canales al  $K^+$  y el aumento de la conductancia del Potasio ( $G_{K^+}$ ), con lo que se restablece nuevamente el potencial de membrana. Este proceso en su conjunto es llamado Potencial de Acción (Fig. 295).

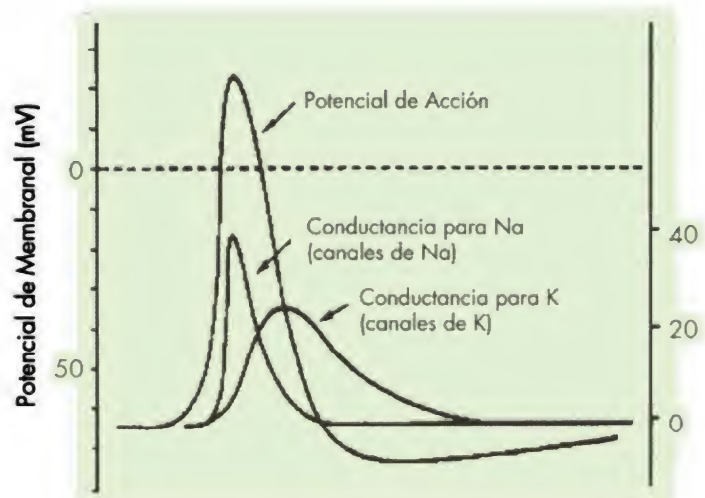


Fig. 295

### 8.3 Vías del Dolor

La conducción del dolor comienza en unos receptores especializados que se encuentran en la piel y órganos internos denominados Nociceptores. Estos receptores son excitados por estímulos perjudiciales al hombre. Dichos receptores están unidos a fibras nerviosas delgadas, unas tapizadas con una capa aislante (mielina) y otras sin dicha protección. Las fibras miélicas (Tipo A delta), tienen una velocidad de conducción de 15 m/s las cuales se asocian con el dolor agudo fácilmente localizado. Las fibras amielínicas (Tipo C), tienen una velocidad de conducción de 1 m/s y se asocian con el dolor difuso, sordo, difícil de localizar.

Para la conducción de los impulsos dolorosos, existen fundamentalmente dos sistemas:

- 1 Sistema Específico (Neoespinalámico) que va desde la Médula Espinal hasta los núcleos ventral posterior lateral (VPL) y ventral posterior medial (VPM) del tálamo (ubicado en la base del cerebro) y de allí siguen hasta la corteza sensitiva. Este sistema sirve para localizar el origen del estímulo doloroso.
- 2 Sistema No Específico (Paleoespinalámico), igualmente va desde la Médula Espinal hasta el tálamo pero a los núcleos inespecíficos y después tiene conexiones subcorticales y corticales. Este sistema al parecer suministra el componente afectivo de la experiencia dolorosa.

De lo antes dicho se destaca que el dolor crónico es el que preocupa a la mayoría de los especialistas por los trastornos que le ocasiona al paciente, especialmente cuando se encuentra asociado con el cáncer.

### 8.4. Dolor, Tacto y Temperatura

Las sensaciones somáticas se clasifican fisiológicamente en tres tipos fundamentales: tacto, temperatura y dolor. La última puede activarse por cualquier factor que lesione los tejidos, lo cual obliga al sujeto a reaccionar en forma refleja para suprimir el estímulo doloroso. Por eso se afirma que el dolor es un mecanismo de protección tanto para el hombre

como en los animales, entonces ¿por qué hay que aliviarlo?, debido a que generalmente en la práctica médica y odontológica el dolor está asociado a la inflamación. El dolor sigue una vía bien conocida hasta el sistema nervioso central (Fig. 296), donde se complementa el componente afectivo de la experiencia dolorosa (Tablas 12, 13).

### 8.5. Dolor e Inflamación

En el niño el sistema intrínseco inhibitorio del dolor, que actúa a nivel del cuerno posterior de la Médula Espinal, madura muy lentamente, esta «inmadurez relativa» tiene como expresión clínica una disminución del umbral del dolor. Esta situación hace que sea más complicado el alivio del dolor en pediatría. Una estrategia para el alivio del dolor, es actuar a nivel periférico, a nivel de los nociceptores con medicamentos capaces de inhibir la síntesis de prostaglandinas proinflamatorias y proalgésicas. Para este propósito existen los analgésicos antiinflamatorios no esteroides (AINES) como medicamentos de primera línea para el control del dolor agudo o crónico de intensidad leve o moderada.

La inflamación es un proceso fisiológico en respuesta a una agresión tisular. La lesión celular provoca la liberación de los fosfolípidos (FL) de la membrana celular que son transformados en AA por acción de la fosfolipasa A2. El AA en presencia de la COX genera prostaglandinas (PGs), éstas a su vez son responsables de la vasodilatación, aumento del flujo sanguíneo, del exudado inflamatorio y de la sensibilización de las terminaciones nerviosas (nociceptores), provocando la sensación de dolor y de otros signos presentes en la inflamación como el calor, el rubor y la tumefacción que conllevan a la limitación funcional. Pero de otro lado existen PGs «citoprotectoras» que participan en la protección de la mucosa gastrointestinal, inhibiendo la secreción ácida y aumentando la secreción de moco y de bicarbonato, mecanismos éstos responsables de mantener indemne la mucosa y también de preservar la tasa de filtración glomerular.

En 1971, Vane da a conocer el mecanismo de acción de los AINES a través de la inhibición de la ciclooxigenasa (COX), cuyo sustrato es el Ácido Araquidónico (AA). En 1992 el mismo Vane descu-



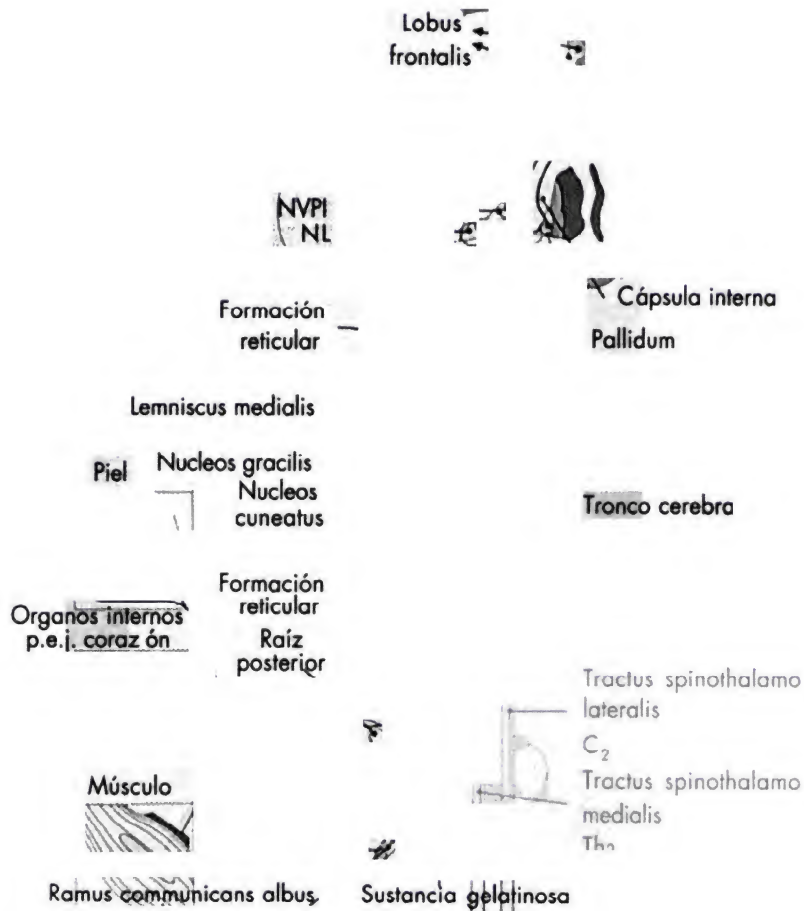
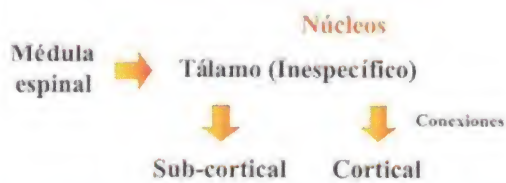


Fig. 296

Tabla 12

## VIAS DEL DOLOR

### Sistema no específico PALEOESPINOTALAMICO



*Componente afectivo de la experiencia dolorosa*

Tabla 13

## VIAS DEL DOLOR

### Sistema específico NEOESPINOTALAMICO



*Localiza el origen del estímulo doloroso*

bió la existencia de dos isoformas de la enzima COX (denominadas COX-1 y COX-2). La mayoría de las células en el organismo contienen la COX-1 (residente) que se expresa en forma constitutiva, por su parte los tejidos inflamatorios expresan la COX-2 (inducible) en respuesta a estímulos inflamatorios (como la presencia de interleucina). Estas observaciones indujeron a proponer que los AINEs inhibidores selectivos de la COX-2 podrían tener actividad analgésica-antiinflamatoria, con menos efectos secundarios, dado que la menor interferencia con la COX-1 se traduce en menor incidencia de lesiones típicas de los AINEs en el tracto gastrointestinal, los riñones y la función plaquetaria mientras que la inhibición de la COX-2 se expresa frenando la producción de PGs en los tejidos inflamados, mediando así los efectos terapéuticos deseados. Este fascinante concepto fue el punto de partida para la búsqueda de inhibidores COX-2 selectivos.

A la fecha, de los AINEs para uso médico que han demostrado en humanos mayor selectividad COX-2 es la Nimesulida, medicamento de amplia experiencia clínica publicada. El Meloxicam es otro producto COX-2 selectivo. De igual forma existen AINEs específicos COX-2. Los más representativos, celocoxib y refecoxib con igual efectividad analgésica pero con menos efectos secundarios, sobre todo gastrointestinales, renales y de función plaquetaria, siendo el primero el precursor de esta serie aprobada por la FDA, además de demostrar mejores resultados en los ensayos realizados. Por analogía la Aspirina a baja dosis en un AINE selectivo COX-1 actuando en la función plaquetaria.

### 8.6. Dolor en Odontología

El dolor y el sufrimiento pareciera ser el anverso y el reverso de la misma moneda (Fig. 297). Las emergencias por dolor pulpar representan más del 80% de las emergencias endodónticas. El odontólogo, de acuerdo con los años de experiencia y el nivel de conocimientos, administra cada situación de una manera más o menos rápida y/o eficiente. Es bueno recordar y no olvidar que el paciente puede manifestar dolor en un determinado diente, diferente al verdadero causante del problema. Un paciente en la etapa inicial de un infarto al miocardio, puede manifestar dolor en el ángulo izquierdo del maxilar in-

ferior y creer que se trata de algún diente que lo está provocando. Si en vez de buscar la ayuda de un cardiólogo recurre al odontólogo y éste no descubre a tiempo que se trata de un dolor referido del corazón hacia la boca, el paciente puede morir sin la asistencia requerida.

### 8.7. Dolor Referido

El dolor referido también puede tener origen en otro diente vecino o antagonista. Es frecuente encontrar pacientes con edades comprendidas entre los 20 y 30 años con cordales incluidas que producen dolor referido hacia algún diente con caries, muchas veces incipiente. Estos dientes a veces son condenados inoportunamente a la pulpectomía de emergencia. Igualmente puede originarse en tejido u órganos vecinos, seno maxilar (sinusitis), nariz (rinitis), ojos (conjuntivitis), ganglio de Gasser (neuralgia del trigémino), oído (otitis), amígdalas (amigdalitis), mucosa bucal (estomatitis), condilos, cabeza, músculos, etc.

El dolor referido puede ser en sentido contrario a un oftalmólogo o a un otorrinolaringólogo que puede en algún momento remitir a un paciente presentando dolor en los ojos o en los oídos, siendo su origen la pulpa de un diente enfermo.

### 8.8. Dolor Difuso

El dolor difuso, por lo general, tiene origen en un solo diente pero el paciente manifiesta tener dolor en varios o en zonas vecinas. Toda la zona le duele por igual y no sabe cuál es el diente que lo origina.

### 8.9. Dolor Irrradiado

El dolor irradiado es muy parecido al difuso, pero en este caso el paciente ubica el diente que lo origina y puede describir hacia dónde se «corre» el dolor. Imaginemos los rayos de una rueda de bicicleta donde el eje es el origen y los rayos son las diferentes direcciones hacia donde se irradia el dolor.

### 8.10. Dolor Fantasma

El dolor fantasma se presenta cuando el paciente manifiesta dolor dentario en un espacio endéntulo o en un miembro ausente. A veces el paciente refiere dolor al frío en un diente con tratamiento endo-

## DOLOR Y SUFRIMIENTO



Fig. 297



Fig. 298

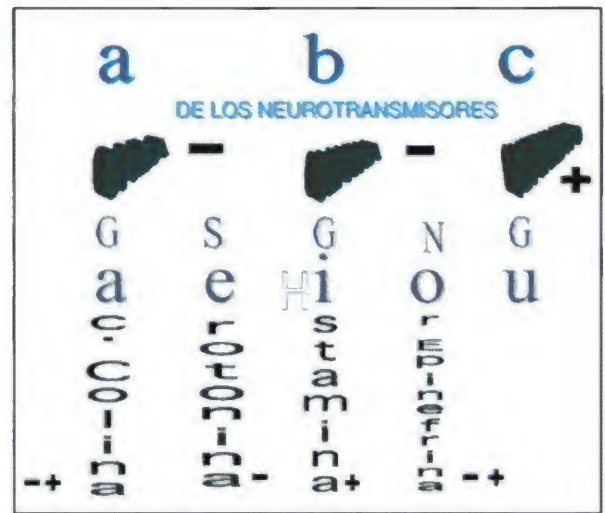


Fig. 300

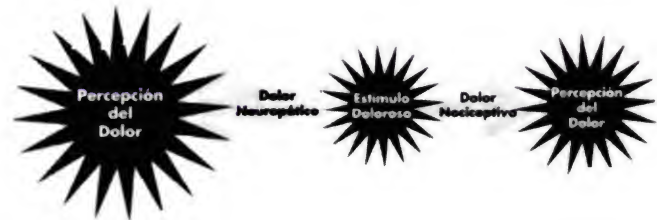


Fig. 301



### DIAGNÓSTICO DEL DOLOR

- Dolor
- Rubor / Calor
- Tumefacción
- Crepitación (signo de destrucción)
- Limitación de la movilidad
- Músculos / Nervios

### PROTAGLANDINAS

Son mediadores que incrementan el daño tisular y tiene un rol importante en:

- Dolor
- Inflamación

Fig. 299



dóntico con una imagen radiolúcida en apical o al cual ya se extirpó la pulpa.

### 8.11. Dolor Psicógeno

El dolor psicógeno es una molestia creada o imaginada por el paciente. Lo inventa y lo siente de verdad. A veces es una excusa para ser atendido primero que los demás, para salir del trabajo o de su casa unas horas. Está asociado con pacientes hipocondríacos o nerviosos.

### 8.12. Punto Gatillo

Existen áreas dolorosas que se presentan en ciertas regiones del cuerpo cuya excitación despierta una reacción brusca. El dolor de las neuralgias del trigémino o de las neuritis faciales producen reacciones rápidas de los músculos cercanos. El paciente rápidamente se lleva la mano a la cara, contrae los músculos y permanece en esta actitud por unos minutos hasta que cede el dolor espontáneamente. En esta zona hay un punto más doloroso «Punto Gatillo». Generalmente el «Punto Gatillo» coincide con un punto de Acupuntura (ashi).

### 8.13. Dolor Agudo vs Dolor Crónico

El dolor es una sensación desagradable que experimenta el hombre cuando presenta una lesión que afecta a su organismo y es el reflejo de factores individuales, psicofisiológicos y medio ambientales (Fig. 298). La duración del dolor tiene gran importancia para evaluar sus efectos psicofisiológicos, así el dolor agudo tiene aparición rápida y usualmente está asociado con causas bien definidas. Pero si el dolor se mantiene más allá de la evolución usual o esperada de una enfermedad aguda, o una vez transcurrido un período razonable para que se haya curado una lesión, entonces el dolor se hace crónico.

El dolor agudo tiene importancia para preservar la vida del hombre. Mientras que la pérdida de otro sentido (vista, oído) puede compensarse, la insensibilidad al dolor tanto en el hombre como en los animales los expondrían a peligros mortales.

El dolor crónico por el contrario, provoca la destrucción física y psicológica del enfermo y casi siempre lo acompaña hasta la muerte.

### 8.14. Dolor Nociceptivo vs Neuropático

El dolor nociceptivo es de origen periférico y puede ser somático o visceral. En su origen están involucradas las prostaglandinas (Fig. 299).

Por el contrario, el dolor neuropático es de origen central y al parecer es un trastorno de los neurotransmisores del SNC. Los neurotransmisores involucrados en este tipo de dolor pueden verse en la Fig. 300. Por último, la sensación del dolor nociceptivo es proporcional a la intensidad del estímulo, mientras que en el dolor neuropático un estímulo pequeño puede provocar un dolor intenso (Fig. 301).

La definición de acuerdo a la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) y la clasificación del dolor se puede ver en las Tablas 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22.

Para la evaluación del dolor es útil la Escala Visual Analógica (EVA) (Tabla 23).

En la estrategia de tratamiento nos puede ayudar la Tabla 24 recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el algoritmo que sigue en la Tabla 25 que pone en juego diferentes alternativas de tratamiento, que puede llegar a ser quirúrgico (cordotomía) (Fig. 302).

Para el tratamiento del dolor nociceptivo existen nuevos analgésicos (AINES), inhibidores específicos de la COX-2. Su mecanismo se observa en la Tabla 26. Siempre con la observación de los efectos adversos de los AINES, principalmente gastrointestinales con la excepción de los nuevos específicos COX-2 como el Celecoxib y Rofecoxib. En cuanto al dolor neuropático, su tratamiento puede ser ayudado por el siguiente Algoritmo (Tabla 27). Actualmente es recomendado la Monoterapia con drogas tales como el Gabapentin, con anterioridad se utilizaba la Carbamacepina. El mecanismo del dolor fantasma puede verse en la Fig. 303.

**Tabla 14. Definición del Dolor**

El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a daño tisular actual o potencial y descrita en términos de la misma

Es un evento sensorial que se puede reconocer, localizar en tiempo y espacio y es hostil

R: IASP, 1991

**Tabla 15. Dolor Agudo**

La mayoría de las veces se genera por lesión aguda, o por un proceso patológico y sólo dura mientras persiste el daño tisular

Cuando unos estados agudos de dolor no se pueden tratar con efectividad, se pueden convertir en un estado crónico de dolor

**Tabla 16. Dolor Agudo**

El efecto sintomatológico del dolor depende de su localización:

- ❖ Dolor bucofacial, restringe la alimentación
- ❖ Dolor en el tórax y parte superior del abdomen, restringe la respiración y disminuye el reflejo de la tos, por lo que puede tener efectos adversos cardiovasculares y un incremento del riesgo de infección pulmonar
- ❖ Dolor en la pelvis y miembros inferiores restringe la locomoción por lo que predispone al paciente a la trombosis venosa profunda y el riesgo de trombosis pulmonar

**Tabla 17. Dolor Agudo**

En ocasiones el dolor agudo puede ser anticipado por el médico, lo que le permite tomar medidas adecuadas para su control

Ejemplos típicos de anticipación de dolor agudo:

1. Cirugía en odontología (extracción dentaria, etc)
2. Parto
3. Procedimientos quirúrgicos

**Tabla 18. Dolor Crónico**

Se considera cuando persiste, más allá del curso normal de una enfermedad aguda o el tiempo razonable de un daño tisular conocido o que recurre a intervalo de meses o años

**Tabla 19. Dolor Crónico**

El dolor crónico es el principal problema y de mayor costo en los servicios de salud, de los países industrializados

Además es causa de serios trastornos físicos, conductuales, psicoambientales tanto del paciente como de sus familiares

**Tabla 20. Otras Clasificaciones del Dolor**

- ❖ DOLOR SOMÁTICO: Resultado del daño en piel, hueso, músculos, articulaciones (ej. fractura, trauma ext.)
- ❖ DOLOR VISCERAL: Resultado del daño en los órganos internos. Usualmente es difuso. (ej. Apendicitis, infarto del miocardio, dismenorrea)

**Tabla 21. Otras Clasificaciones del Dolor**

- ❖ DOLOR NOCICEPTIVO: resultado de una experiencia dolorosa que involucra daño somático o visceral
- ❖ DOLOR NEUROPATICO: resultado del daño o disfunción de los nervios periféricos o SNC. Las neuronas afectadas generan falsos mensajes que son interpretados en el cerebro como dolor. Puede ser causado por:
  - Infección: herpes zoster
  - Lesión del nervio periférico: ciatalgia, esclerosis múltiple
  - Daño quirúrgico: dolor del miembro fantasma

**Tabla 22. Otras Clasificaciones del Dolor**

- ❖ DOLOR REFERIDO: Se localiza a distancia del sitio donde está el daño tisular
- ❖ DOLOR PSICOLÓGICO: Ocurre cuando predomina el componente psicológico o psiquiátrico
- ❖ DOLOR CRÓNICO ASOCIADO AL CÁNCER: Merece una categoría especial
- ❖ ALODINIA: Hay una percepción de un estímulo cualquiera, que se interpreta como dolor



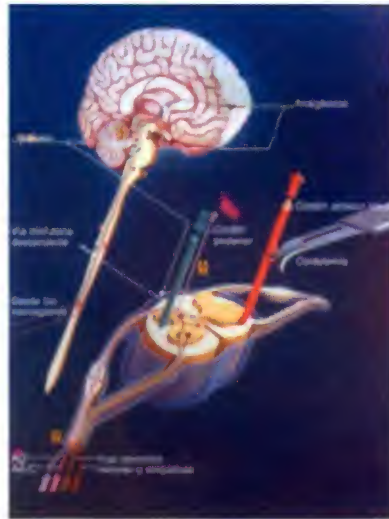


Fig. 302



Fig. 303

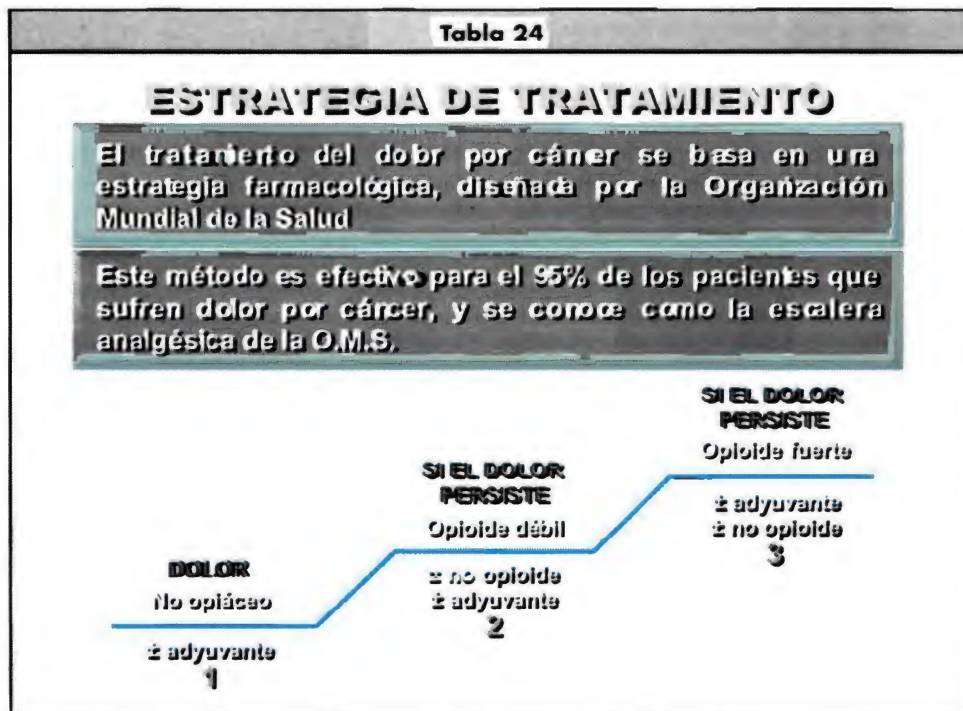
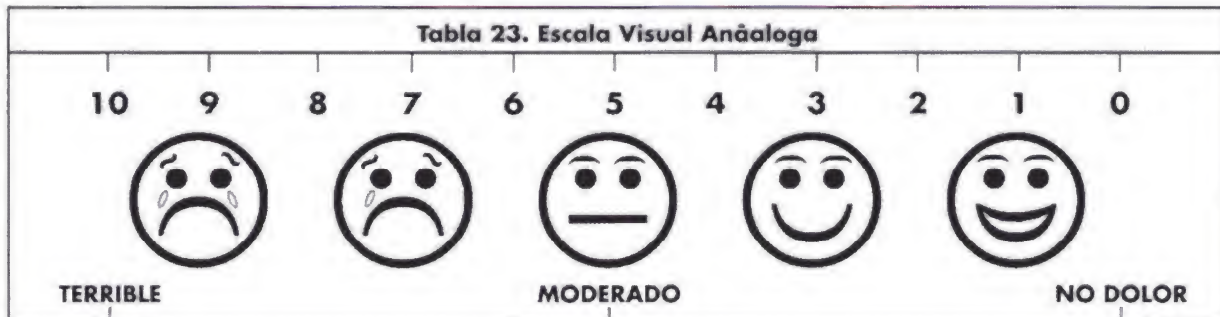
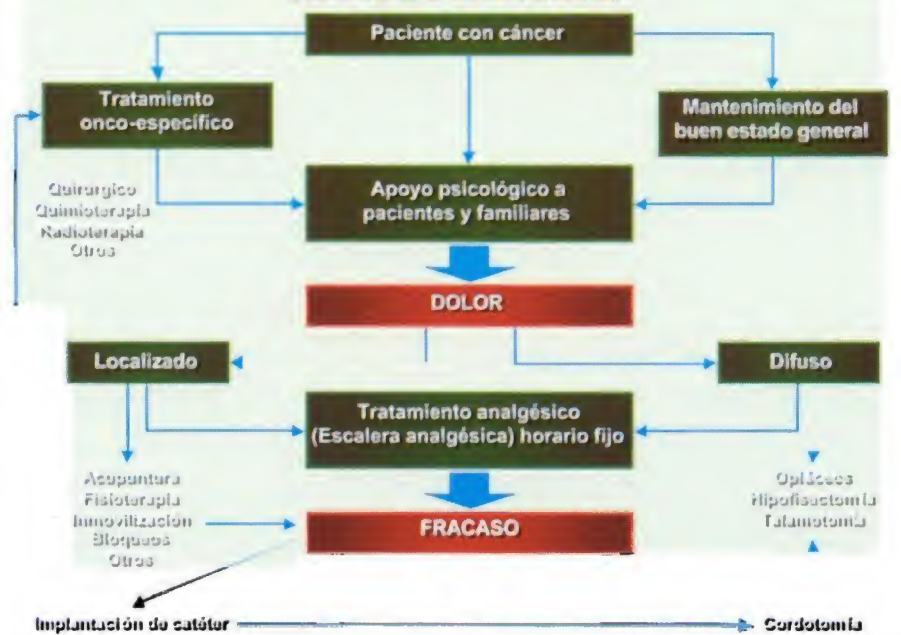




Tabla 25

**ESTRATEGIA PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO ASOCIADO AL CÁNCER**

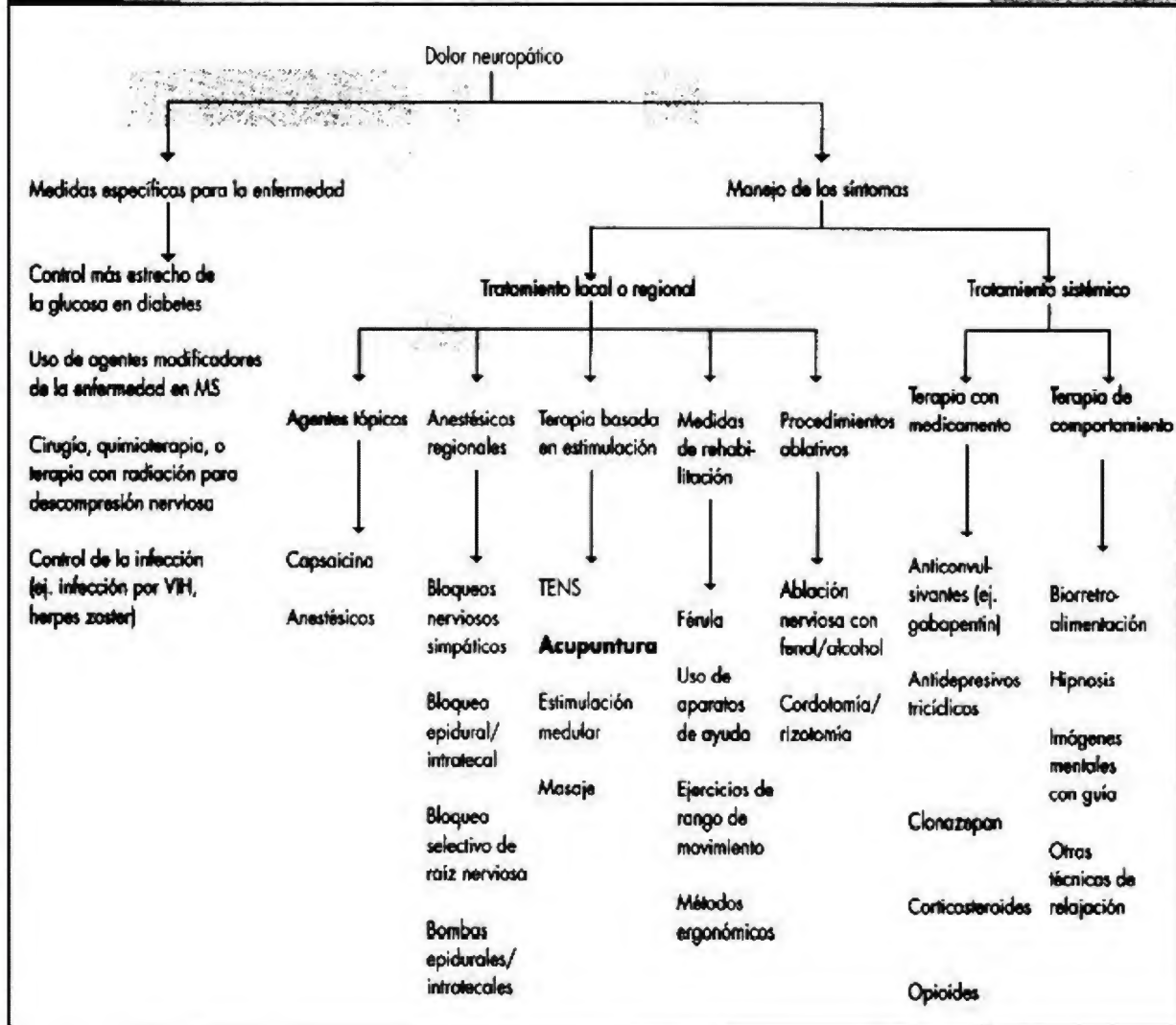


Urgellés, L, 1989

Tabla 26



**Tabla 27. Algoritmo para el tratamiento del dolor neuropático**



MS = esclerosis múltiple, TENS = Estimulación Nerviosa Eléctrica Transcutánea

### 6.12. Analgesia vs Anestesia

Ahora estamos en condiciones de esclarecer las diferencias entre ANALGESIA y ANESTESIA, esta última es la pérdida de las sensaciones dolor, tacto y temperatura. Puede ser local o general. La anestesia local es la pérdida de las sensaciones antes mencionadas, en un área determinada y se logra mediante la inyección o aplicación tópica de drogas anestésicas. También se produce por daño de un nervio,

sección de este, la lepra, etc. La anestesia general implica además la pérdida de la conciencia, para lo cual se inhalan o inyectan determinadas drogas anestésicas.

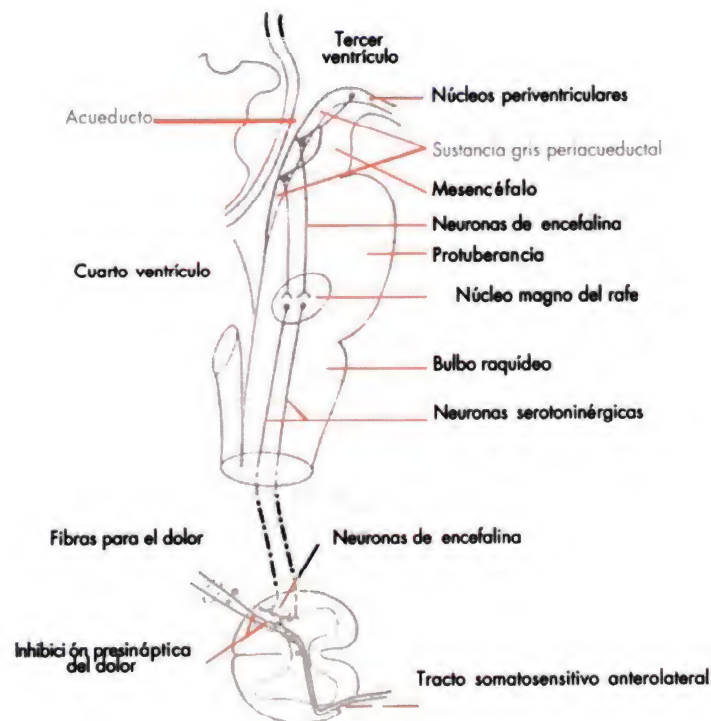
Por otro lado, la analgesia es la pérdida o ausencia de la sensación de dolor pero el paciente está consciente (no hay pérdida de la conciencia). Se logra por daño parcial del nervio, en algunas enfermedades, Hipnosis y en la Acupuntura.

Desde tiempos inmemoriales, los antiguos le concedían un carácter Analgésico y Regulador de la Energía a la Acupuntura. En este último aspecto, al describir los meridianos, involucraban estructuras nerviosas y/o vasculares cuando decían que por éstos "corre" energía ("Qi") y sangre ("Xue"). Esto se demuestra al observar el recorrido del Meridiano de Vejiga en el Miembro Inferior, que coincide con el trayecto del nervio ciático, por citar sólo un ejemplo. Estos hallazgos empíricos tuvieron una explicación científica en 1975, cuando se demostró la existencia de algunas sustancias en el hombre, parecidas a la morfina, que estaban involucradas en el mecanismo inhibitorio del dolor. Se aislaron dos tipos de compuestos: las Encefalinas y las Endorfinas. De estas últimas, la Beta-endorfina es la más potente e importante.

La Acupuntura activa el mecanismo inhibitorio intrínseco, que desde la Sustancia Gris Periacueductal (SGPA), envía fibras que hacen sinapsis inhibitorias a nivel de la médula espinal (Figs. 302, 304).

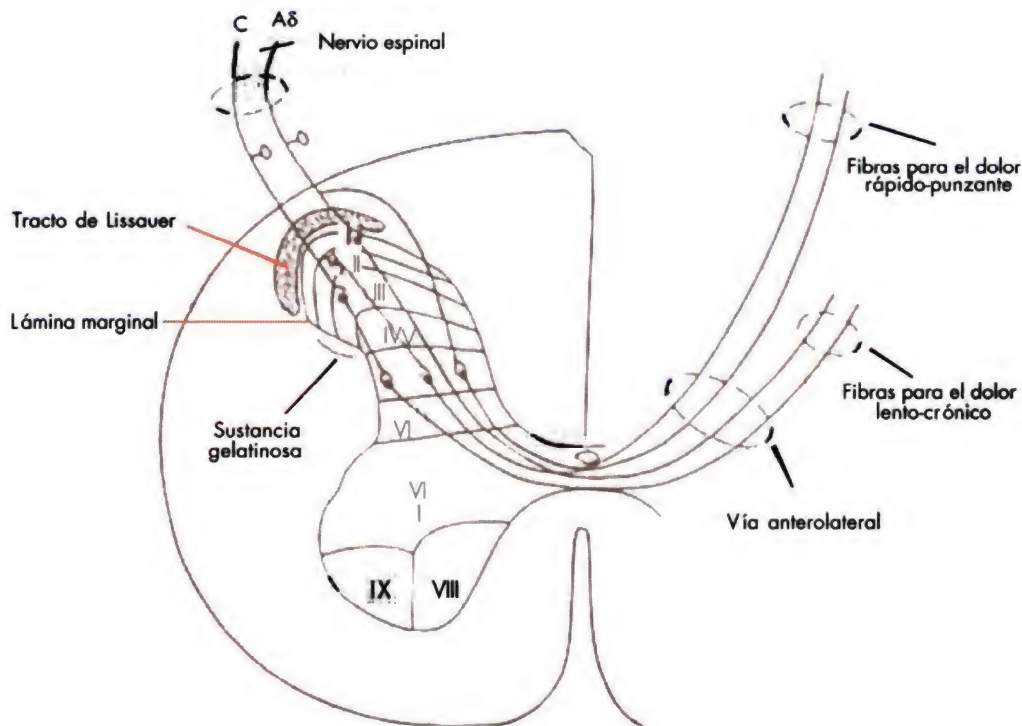
Anteriormente (1965), Melzack y Wall, dos ingeniosos investigadores, habían descrito un mecanismo neurofisiológico de inhibición del dolor. Como se conoce las fibras que conducen el dolor entran a la médula espinal a través de las raíces dorsales llegan a la sustancia gris, conocida como sustancia gelatinosa de Rolando, hacen sinapsis cruzan la línea media continuando las vías del dolor que conocemos. Esta conducción del dolor se lleva a cabo por las fibras: A delta (mielínicas) y C (amielínicas), estas últimas de conducción más lenta (Fig. 305).

La teoría de Melzack y Wall (1965), plantea que vibraciones en ciertos puntos de la piel, activan fibras más gruesas, de conducción más rápida, que las que conducen el dolor, capaces de llegar a la médula y adelantarse a la información dolorosa, por lo que esta última queda bloqueada a nivel de la sustancia gelatinosa de Rolando y no puede continuar "viaje" por la vía habitual. Tales circunstancias asemejan a una puerta que se cierra y no per-



**Fig. 304**



**Fig. 305**

mite el paso o la conducción del dolor. Precisamente por ocurrir esto, se le denomina "Teoría de la Puerta de Control".

En la acupuntura analgésica se describen dos mecanismos básicos: Los OPIOIDES y la SEROTONINA. El predominio de uno u otro está en dependencia de la frecuencia e intensidad de la electroestimulación o manipulación de las agujas.

Con estos antecedentes podemos decir que la electroanalgésia inducida por la acupuntura (EAA) inhibe la conducción del dolor. De igual forma, se ha demostrado que la electroestimulación o microinyección de opiáceos en lugares donde aparecen receptores para tales sustancias, ubicados cerca de la Sustancia Gris Periacueductal (SPGA) en el Sistema Nervioso Central, provoca la inhibición de la conducción del dolor, debido a la analgesia inducida por los opiáceos (AO). En ambos casos, o sea en la EAA y AO se puede bloquear su efecto inyectando Naloxona (antagonista de la morfina). De

estos hechos se infiere que en el mecanismo de acción de la acupuntura está presente un incremento de los niveles de Beta-endorfinas en la sangre y en el líquido cefalorraquídeo (LCR).

También el stress induce analgesia, por lo que se sugiere que pudiera estar relacionado en la inhibición de la conducción del dolor.

Si tomamos en cuenta, que en algunos pacientes la aplicación de la Acupuntura ("Agujas"), pudiera ser "estresante", entonces debemos considerar adicional este factor adicional dentro de su posible mecanismo.

Por último no se puede dejar a un lado el aspecto Psicológico, que aunque no juega un papel principal, por decirlo de algún modo, sí contribuye en algunos casos a obtener resultados satisfactorios.

Existen otros factores que se describen, como la frecuencia de estimulación de las agujas (Pe. En dolo-

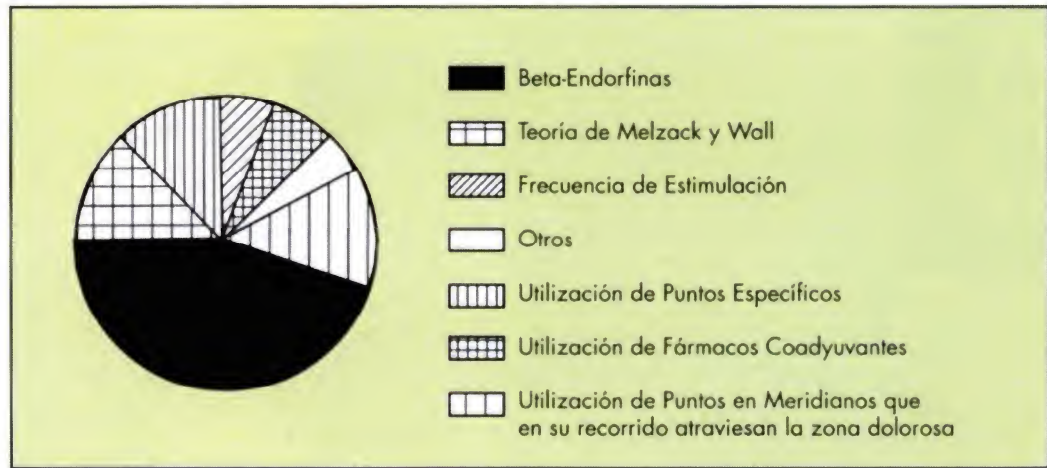


Fig. 306



Fig. 307

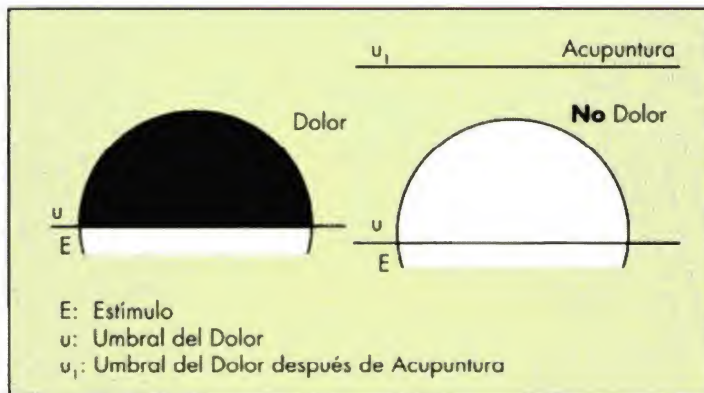


Fig. 308

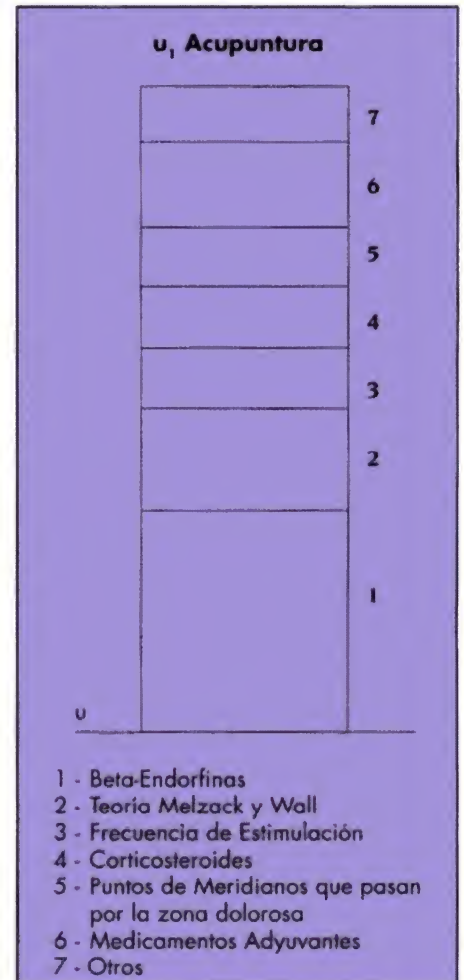
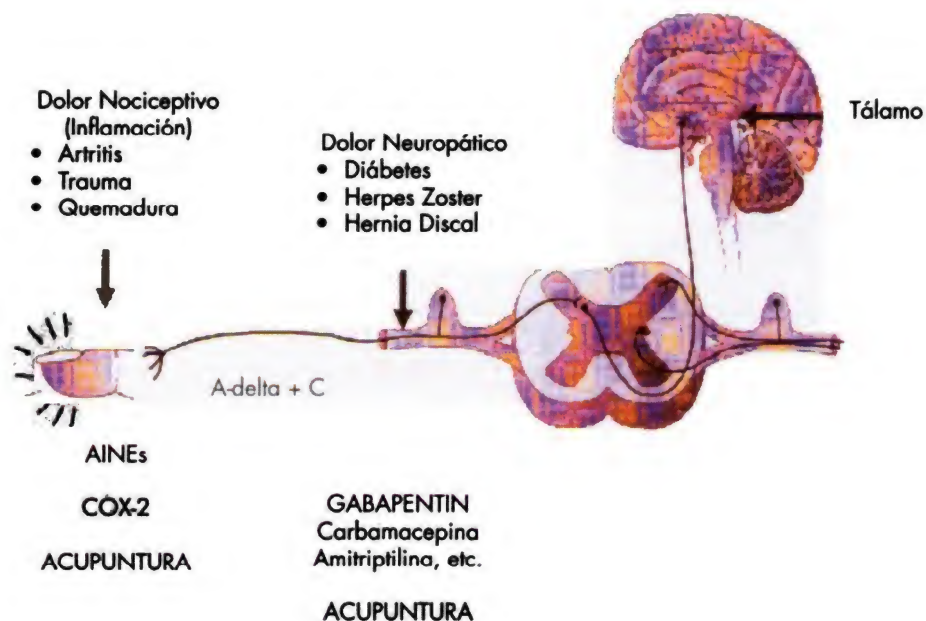


Fig. 309



**Fig. 310**

res crónicos se recomienda una frecuencia baja) y otros que están involucrados en el mecanismo de acción de la acupuntura. En la medida que se tomen en cuenta en su conjunto, la efectividad lograda será mayor (Fig. 306).

Hasta aquí se han descrito los mecanismos fundamentales, que explican cómo puede bloquearse la sensación del dolor, pero ninguno actúa a nivel del estímulo, sino en el trayecto de su conducción. Cuando se aplica la Acupuntura se ponen en juego, al parecer, estos mecanismos: se incrementan los niveles de Beta-endorfinas, después de aplicar las vibraciones de las agujas se cierra la puerta de "control" y si a esto le añadimos el efecto de los demás factores, todos en conjunto hacen que el estímulo presente **no provoca la misma sensación de dolor**, pues la intensidad inicial del estímulo no es capaz de desencadenar un Potencial de Acción (Fig. 307), ya que para lograrlo necesita un nivel mayor para superar el nuevo umbral alcanzado. Por lo antes expresado, se dice que la acupuntura **incrementa el umbral del dolor** manteniendo intactas otras sensaciones como el tacto y la tempe-

ratura. Todo esto le confiere un carácter Analgésico (Figs. 308, 309).

Un ejemplo práctico, puede ser un paciente con artrosis en las vértebras lumbares, que tiene además estrechamiento de los espacios intervertebrales. Ambas alteraciones anatómicas son soportables hasta el día que se presenta la sensación de dolor. Entonces, después que el médico le realiza la Acupuntura mejora clínicamente, porque deja de sentir dolor, pero debe quedar claro que las alteraciones de la columna vertebral persisten. Es decir, se le ha incrementado el umbral del dolor y el paciente siente alivio, aunque no está "curado" de su artrosis. También hemos comprobado incremento de los leucocitos después de la acupuntura y se ha descrito aumento de los corticoides. Esto nos ayuda a comprender el porqué mejoran algunos pacientes con amigdalitis, así como también en el asma bronquial, la rinitis, etc y hay reportes experimentales en su posible utilidad en el SIDA. En algunos casos se puede complementar con dosis bajas de antibióticos.

Por estas razones, la Acupuntura es útil en el alivio del dolor nociceptivo y neuropático (Fig. 310).



PARTE

8

ACUPUNTURA  
EN INTERVENCIONES  
QUIRÚRGICAS

## 9. La Acupuntura Analgésica en Intervenciones Quirúrgicas

La Acupuntura se ha utilizado con resultados alentadores en diferentes intervenciones quirúrgicas como método analgésico sin la utilización, o con dosis mínimas de drogas anestésicas, en operaciones tales como: Amigdalectomía, Tiroidectomía, Hernias Inguinales, conización y amputación alta del cuello uterino, Cataratas y otras. En oncología también ha sido de utilidad en Tumores de partes blandas, Tiroides, Laringe, etc, además del tratamiento del dolor asociado al cáncer y la desestimulación del hábito de fumar. En los casos quirúrgicos se recomienda estimular de 30 a 40 minutos antes de la operación.

Debe aplicarse en pacientes bien seleccionados. Riesgo anestésico, edad avanzada, anemias, diabetes, hipertensión arterial u otras alteraciones que ponen en riesgo al paciente durante la aplicación de Anestesia.

En este campo hemos trabajado en: Amigdalectomía, Legrados diagnóstico, en lesiones de útero que necesitaban conización, amputación alta del cervix, braquiterapia intrauterina, también en carcinoma epidermoide en la mano. Aunque existe experiencia en este sentido, no debemos considerar a la Acupuntura como sustituto de la anestesia convencional, pero sí ubicarla dentro de los procedimientos alternativos de la Medicina actual, en pacientes bien seleccionados, resultando un método económico y fácil de aplicar, una vez que se domina la técnica.

## 10. La Acupuntura en Cirugía Experimental

Desde sus comienzos, la efectividad de este método se ha explicado a través de sus resultados prácticos. Esta medicina popular acumuló y comprobó importantes conocimientos empíricos acerca de la acción curativa de las agujas los que hasta hoy no han perdido valor. Actualmente se utiliza en una amplia variedad de afecciones tanto en el hombre como en los animales. Incluyendo como método analgésico en diferentes intervenciones quirúrgicas. Nuestra primera experiencia en este campo, tiene sus ante-

cedentes cuando en 1982, conjuntamente con los profesores vietnamitas Doctores Tran Thuy y La Quang Nhiep, realizamos una demostración en perros. Posteriormente continuamos trabajando en un Centro de Cirugía Experimental, durante 10 años aproximadamente.

Existen reportes donde se exponen los resultados de la Acupuntura en Veterinaria (caballos, gallinas, pollos, cerdos, vacas, etc.) y sus respectivos mapas de Meridianos.

En esta obra ofrecemos nuestra experiencia en la aplicación de la acupuntura en cirugía experimental y sus perspectivas futuras.

En una serie utilizando diez perros con peso aproximado de 15 kilos, de los cuales un grupo fue Toracotomizado, con la finalidad de obtener una preparación Corazón-Pulmón aislada, al resto se le realizó una fístula gástrica por Laparotomía.

Previo estimulación eléctrica, se les inyectó por vía endovenosa cloropromacina (20 mg/Kg de peso) para poder colocar las agujas. Utilizamos los puntos que por analogía corresponden a los Meridianos en el humano. Para la toracotomía los puntos fueron los siguientes: 6 PC (patas delanteras) y dos en cada Meridiano de Estómago, en dirección caudal desde el segundo espacio intercostal y desde el reborde costal, en dirección cefálica, respectivamente. En la Laparotomía fueron: 36 E (Patatas traseras) dos en cada Meridiano de Vejiga, una en dirección caudal desde el borde espinal de la escápula (a nivel de 17 V) y otra en la misma dirección desde la segunda vértebra lumbar (a nivel de 23 V). Se añadieron dos agujas en los Meridianos de Estómago, en dirección caudal desde el reborde costal, a nivel del punto 19 E. Se estimuló a baja frecuencia durante 30-40 min antes de la



Tabla 28. Criterios para evaluar los resultados de la Analgesia por Acupuntura	
Criterios	Resultados
<ul style="list-style-type: none"> <li>Paciente tranquilo la mayor parte del tiempo</li> <li>La operación se lleva a cabo favorablemente hasta el final</li> <li>Movimiento en ocasiones que desaparece con drogas tranquilizantes</li> <li>No se necesitan drogas anestésicas</li> </ul>	Excelente
<ul style="list-style-type: none"> <li>Leve dolor ocasionalmente</li> <li>El dolor desaparece con drogas tranquilizantes y/o anestesia local</li> <li>Aunque el cirujano debe detenerse en ocasiones, la operación concluye bien con la Acupuntura</li> </ul>	Bueno
<ul style="list-style-type: none"> <li>Movimientos y quejidos</li> <li>El dolor desaparece con la infiltración de anestesia local en la zona quirúrgica y/o droga anestésica hasta la media de la dosis requerida</li> </ul>	Regular
<ul style="list-style-type: none"> <li>Fracaso del método</li> <li>Es necesario anestesia local o general según lo requiera el caso</li> </ul>	Malo

intervención quirúrgica. Durante el transoperatorio se mantuvo la estimulación y se inyectó por vía endovenosa 10 mg de diazepam si era necesario, en ningún caso se excedió de 50 mg.

Los perros toracotomizados fueron intubados y asistidos como lo requiere este tipo de intervención. No se utilizó electrocoagulador.

Los resultados se evaluaron según los criterios que se consignan en la Tabla 28.

Como se sabe, uno de los mecanismos que actúa en la Acupuntura es el de aumentar el umbral del dolor, manteniendo intactas otras sensopercepciones como la presión, el tacto, temperatura, etc. Por este motivo no utilizamos electrocoagulación, recomendamos su uso limitado en las intervenciones quirúrgicas con Acupuntura, pues un exceso de calor puede interpretarse como dolor. En ocasiones los perros se mostraban intranquilos, después de inyectarles diazepam, recuperaban la normalidad y se podía continuar la operación. Debemos señalar que, con la utilización solamente de drogas tranquilizantes señaladas anteriormente, no se puede realizar este tipo de operaciones.

Tabla 29. Resultados obtenidos en Operaciones en Perros					
Operación	n	E	B	R	M
Toracotomía	4	4	0	0	0
Laparotomía	6	5	0	1	0
Totales	10	9	0	1	0
%	100	90	0	10	0
E: Excelente, B: Bueno, R: Regular, M: Malo					

Nuestros resultados se pueden observar en la Tabla 29. De acuerdo al criterio utilizado, el 90% de los casos fueron Excelentes, de ellos un 40% fueron Toracotomía y 50% Laparotomía, pero en un perro fue necesario añadir pentobarbital sódico hasta la mitad de la dosis requerida, según el peso, porque se mostró intranquilo hasta que se administró la droga anestésica, por ese motivo lo consideramos con un resultado regular.

Diferentes autores informan un incremento de la concentración de endorfinas en el transcurso de la Acupuntura para explicar el mecanismo básico de este método, en este sentido, en nuestra serie observamos una analgesia generalizada después de 30 minutos de electroestimulación, de mayor intensidad en la zona quirúrgica. Pensamos que la liberación de endorfinas es el factor responsable del aumento del umbral del dolor en todo el cuerpo. La mayor analgesia en el área quirúrgica, se puede explicar por el efecto inhibitorio que provoca la Acupuntura a nivel de la sustancia gelatinosa de Rolando. En estas condiciones, aumenta el umbral del dolor en la zona de proyección específica. Desde el punto de vista de las teorías de la Medicina Tradicional se explica por el hecho de utilizar meridianos que en su trayectoria pasan por la zona quirúrgica.

Por todo lo anterior, consideramos que en la Acupuntura no está presente la sugestión como mecanismo fundamental. Esta observación ha sido mencionada por otros autores. Se observó un menor sangramiento en todos los casos operados. Este hallazgo lo hemos encontrado también en el hombre.

Por último, consideramos que la Acupuntura es un método económico y de mucha utilidad para el desarrollo de la cirugía experimental.



## 11. La Acupuntura analgésica y su utilización en Oncología

Con el advenimiento de la era de los antibióticos, en los años cincuenta del siglo pasado, se dio una gran contribución a la erradicación de muchas enfermedades. De ahí que las infecciones se fueron controlando, por lo que se incrementó la longevidad y a su vez la incidencia del cáncer se hizo más evidente.

El dolor crónico asociado con el cáncer es prolongado, permanente y conduce a la inactividad y a la depresión, por lo que su conocimiento, prevención y alivio es uno de los grandes problemas que se hace necesario resolver dentro del terreno de la Salud Pública. Esto no es sólo posible sino que es urgente y se convierte en un objetivo inmediato de la Medicina actual.

El poco éxito de algunos tratamientos en la lucha contra el cáncer y la preocupación cada vez mayor por obtener formas de diagnóstico precoz para combatirlo con más efectividad, provocan incertidumbre en los pacientes de cierta edad, que piensan que sus dolencias están relacionadas siempre con una enfermedad maligna. En este sentido hay que destacar, que en muchos pacientes y/o familiares no es el cáncer en sí el motivo del pánico, sino el DOLOR que lo acompaña hasta los últimos días. Por tal motivo definimos a la Oncología como "El enfoque lógico y consecuente para tomar decisiones en el manejo del paciente con cáncer" y de estas decisiones dependerá la aparición temprana o tardía del dolor. De modo que el primer tratamiento eficaz del dolor asociado al cáncer, es el tratamiento adecuado del tumor.

Una vez instalado el dolor crónico debe ser tratado en forma enérgica y sin dar tregua. El establecer un horario regular en la administración de los analgésicos ofrece ventajas en el alivio del dolor.

En los últimos años se ha demostrado que las endorfinas juegan un rol importante en la regulación del dolor y que se encuentran en niveles bajos en los dolores crónicos de origen neurálgicos y otras patologías dolorosas.

Por otra parte, se reportan trabajos donde se evalúa clínicamente los efectos de la Acupuntura y sus mecanismos, donde está implicado un aumento de

Beta-endorfinas, lo cual explica que se compruebe un aumento del umbral del dolor, no sólo en la zona donde se sitúan las agujas, sino también en un área más amplia. Otros aspectos del mecanismo de acción ya lo hemos apuntado anteriormente.

A pesar de todos estos conocimientos acumulados, aún existen reservas en la utilidad de este procedimiento en el tratamiento de algunos dolores. Todavía se escuchan opiniones desfavorables de un método que cuenta con más de 5.000 años de historia acumulando resultados que avalan y justifican su utilización en el alivio del dolor crónico.

Por estas razones pensamos que la Acupuntura tiene una mayor utilidad en oncología, por su mecanismo analgésico y que puede ser empleado en algunos pacientes con cáncer que presenten dolor crónico, sobre todo en las primeras etapas de la enfermedad. Considerada como un método más, sin preocuparnos y mucho menos sorprendernos de su utilización en combinación con otros analgésicos.

Aún no tenemos referencias de dosificación de endorfinas antes y después del tratamiento en pacientes con dolor crónico asociado al cáncer. Pero pensamos que el aumento de éstas por la Acupuntura no es suficiente en todos los casos, por lo que consideramos conveniente combinarla con otros métodos analgésicos conocidos, de igual forma que se complementan Radioterapia, Quimioterapia, Cirugía, etc. en los pacientes con tumores malignos.

En una serie de 20 pacientes con edades entre 33 y 68 años todos con diagnóstico de tumor maligno, evaluamos la localización del dolor según las Tablas 30 y 31. Los puntos utilizados fueron los mismos que se consignan en la guía terapéutica, de acuerdo a la lo-





**Tabla 30. Localización del Dolor**

1. Cabeza
- 1a. Cuello
2. Columna Vertebral Cervical
3. Región Torácica
- 3a. Costillas
- 3b. Columna Vertebral Dorsal
4. Columna Vertebral Lumbar
5. Cintura Escapular Izquierda
- 5a. Miembro Superior Izquierdo
6. Cintura Escapular Derecha
- 6a. Miembro Superior Derecho
7. Cintura Pélvica Izquierda
- 7a. Miembro Inferior Izquierdo
8. Cintura Pélvica Derecha
- 8a. Miembro Inferior Derecho
9. Abdomen
- 9a. Pelvis
10. Múltiples sitios de dolor

calización del dolor. Como se puede observar en la Tabla 31, el 40% de los casos presentaban dolor en la región lumbar, el 30% en la región torácica, costillas y columna vertebral dorsal. El resto presentaba dolor en otras localizaciones. Los resultados fueron evaluados como se consigna en la Tabla 32. Si consideramos los resultados Excelente más los Buenos (Tabla 33), observamos un 35% de efectividad y si le añadimos los resultados Regulares se llega a un 80%.

Llamamos la atención de que todos los pacientes con resultados Excelente tenían localizado el dolor en la región lumbar y miembro inferior, esto puede explicarse porque se ubican las agujas encima del trayecto del nervio ciático. En los casos que se aplican Bloqueos Nerviosos, previo a la Acupuntura, los resultados son regulares por lo que inferimos que los bloqueos interfieren el mecanismo nervioso de la Acupuntura, poniendo en juego el resto de los mecanismos involucrados, como es el caso del incremento de los niveles de Beta-Endorfinas y otros, pero no elevan el umbral del dolor a un nivel esperado para el alivio del dolor.

En otras localizaciones de dolor como en el tórax, plexitis del miembro superior asociada a radiaciones, dolores viscerales y otros, la Acupuntura ha arrojado resultados reservados.

**Tabla 31**

Localización del Tumor	Sexo		Localización del Dolor
	F	M	
Pulmón	2	3	3, 3a/3b, 3b, 3b
Mama	4	0	3, 5, 6, 6a/0
Próstata	0	2	0/4, 4
Colon	0	1	0/4
Útero	2	0	4, 10/0
Laringe	2	2	1, 4/1a, 4
Melanoma	1	0	4/0
Sarcoma Retroperitoneal	1	0	4/0

**Tabla 32. Evaluación de los Resultados**

Resultado	Tiempo sin Dolor después del tto.	Tratamiento Adyuvante
Excelente	2 meses o más	Sedantes (si necesario)
Bueno	Entre 10 días y 2 meses	Sedantes y/o Analgésicos (1/2 Dosis)
Regular	Menos de 10 días	Sedantes y Analgésicos (Dosis Habitual)
Malo	Sin efecto	Cambio de tratamiento

**Tabla 33. Resultados Finales**

Resultados	n	%
Excelente	3	15
Bueno	4	20
Regular	9	45
Malo	4	20
Totales	20	100

### 11.1. Otras aplicaciones en Oncología

Otras aplicaciones de la Acupuntura en la Oncología son, la desestimulación del hábito de fumar, como método analgésico en algunos procedimientos quirúrgicos, en pacientes con riesgos tales como hipersensibilidad, anemia, ancianos, hipertensión arterial, diabéticos y otros. En este sentido hemos reportado resultados alentadores, alrededor de 70% en la Braquiterapia uterina, en lesiones del cérvix y en la excéresis de un carcinoma epidermoides del dorso de la mano. En esta última experiencia (1983) nos acompañó el Profesor Hoang Bau Chau Director del Instituto de Medicina Tradicional de Hanoi Viet Nam.

Por otra parte, hemos logrado la mejoría parcial de algunas leucopenias relacionadas al tratamiento oncoespecífico, Radioterapia y/o Quimioterapia, con incremento de hasta un 50% de los valores iniciales, permitiendo en muchos casos la continuación de la indicación terapéutica.

## 12. Complicaciones

Es preciso tener en cuenta las posibles complicaciones como son: infecciones locales y sistémicas, sangramiento, rotura de agujas, hepatitis, SIDA, hipotimia, nerviosismo, neumotórax, etc. Para las cuales, existen medidas cuyo objetivo es evitarlas. Es necesario conocer el funcionamiento de aparatos e instrumentos destinados a la práctica de la Acupuntura a fin de evitar riesgos innecesarios. Cuando se utiliza el láser se pueden lesionar órganos frágiles como la córnea, así como también en algunos pacientes portadores de marcapaso, la electroestimulación puede generar interferencia. De igual forma, aun cuando los efectos sobre el feto no están bien determinados debe tenerse extrema precaución en mujeres embarazadas. El mayor éxito se logra cuando se combinan las teorías de la Medicina Oriental (Tradicional) y la Occidental o Moderna.

## 13. Guía Terapéutica

Las indicaciones y contraindicaciones de la acupuntura varía según el nivel de formación y la experiencia del acupuntor. Para un experimentado en la materia, la gama de enfermedades en las cuales este tratamiento puede ser útil será más amplia. El progresivo perfeccionamiento de esta técnica y el consiguiente conocimiento de sus indicaciones y limitaciones se ha acompañado del desarrollo tecnológico en la fabricación de equipos tales como Electroestimulador, Láser (baja potencia), TENS (electroestimulación nerviosa transcutánea), etc, facilita en alguna medida el trabajo del Médico acupuntor. A continuación una guía básica a los interesados en el tema.

### 13. Amigdalitis Crónica

**Meridianos:** VC, IG, TR, E, P.

**Puntos:** 23 VC, 5 TR, 4 IG, 11 IG, 5 P, 9 P, 44 E, Shanglinquan (Extra).

Puede complementarse con bajas dosis de antibióticos, en casos necesarios.

### 3.2. Ansiedad

**Meridianos:** ID, VC, E, C.

**Puntos:** 19 ID, 13 ID, 14 ID, 12 VC, 36 E, 7 C, 3 C.

### 13.3. Artrosis Cervical

**Meridianos:** IG, VG, ID, VB, TR, V.

**Puntos:** 4 IG, 15 TR, 14 VG, 10 V, 20 VB, 15 ID Chuanxixue (Extra), Ashi.

### 13.4. Asma Bronquial

**Meridianos:** P, VC, IG, VB, E.

**Puntos:** 5 P, 7 P, 2 P, 17 VC, 22 VC, 14 VG, 26 VG, 4 IG 13 VB, 36 E.

### 13.5. Cefalea

**Meridianos:** IG, VG, VB, E, V, ID, R.

**Puntos:**

Cefalea Frontal: 4 IG, 23 VG, 14 VB, 8 E, Yuyao (Extra), Taiyang (Extra), Yintang (Extra).

Cefalea Central: 4 IG, 20 VG, 41 E, Sishengon (Extra).

Cefalea Occipital: 10 V, 20 VB, 7 P, 6 ID, 11 V, 16 VG, 19 VG.

Cefalea Temporal: 8 VB, 4 IG, 10 IG, Taiyang (Extra).

### 13.6. Conjuntivitis

**Meridianos:** P, IG, V.

**Puntos:** 11 P, 1 IG, 4 IG, V, 2 V.

### 13.7. Constipación

**Meridianos:** IG, E, V, VC.

**Puntos:** 4 IG, 25 E, 36 E, 40 E, 44 E, 57 V, 8 VC (Moxibustión).

### 13.8. Coriza / Resfriado Común

**Meridianos:** ID, IG.

**Puntos:** 1 ID, 3 ID, 4 IG, IG, 20 IG.

### 13.9. Diarreas

**Meridianos:** B, V, IG, VC, PC.

**Puntos:** 25 E, 20 V, 21 V, 23 V, 6 B, 12 VC, 4 VC, 36 E, 4 IG, 6 PC, 8 VC (Moxibustión).

### 3.10. Dismenorrea

**Meridianos:** E, B, H, VC.

**Puntos:** 25 E, 44 E, 1 B, 6 B, 10 B, 20 V, 23 V, 3 H, 3 NC, 5 VC (Moxibustión), 28 E (Moxibustión), 36 E (Moxibustión).



**13.11. Dolor en la Articulación del Hombro**

**Meridianos:** El dolor en la cara ventral del miembro superior, en el territorio del nervio cubital, se utiliza el Meridiano Intestino Delgado. Cuando es en la cara externa, en el territorio del nervio radial, se utiliza el Meridiano Triple Recalentador y cuando es en la cara ventral del hombro y el dedo índice que corresponde al territorio del nervio mediano se utiliza el Meridiano Intestino Grueso.

**Puntos:** 14 ID, 3 ID, 9 ID, 4 IG, 10 IG, 11 IG, 14 IG, 15 IG, 1 C, 13 TR, Ashi.

**13.12. Dolor en la Articulación de la Rodilla**

**Meridianos:** E, V, VB, B.

**Puntos:** 36 E, 38 E, 54 V, 34 VB, 9 B, 10 B, Xiyao (Extra), Lanwei (Extra), Ashi.

**13.13. Dolor en la Articulación Temporomandibular**

**Meridianos:** E, IG, ID, TR.

**Puntos:** 7 E, 4 IG, 19 ID, 6 TR, 21 TR, Ashi.

**13.14. Dolor en la Columna Vertebral Dorsal**

**Meridianos:** V, VG.

**Puntos:** 11 V, 13 V, 15 V, 17 V, 12 VG, Ashi.

**13.15. Dolor en la Columna Vertebral Lumbar**

**Meridianos:** V, E, VG.

**Puntos:** 23 V, 24 V, 25 V, 21 V, 22 V, 36 E, Ashi, Huatuojiayi (Extra), 3 VG.

**13.16. Enuresis**

**Meridianos:** V, C, E, R.

**Puntos:** 23 V, 7 C, 25 E, 36 E (Moxibustión), 1 R (Moxibustión), Sifeng (Extra).

**13.17. Epicondilitis**

**Meridianos:** IG, P.

**Puntos:** 11 IG, 40 IG, 4 IG, 5 P, Ashi.

**13.18. Epilepsia**

**Meridianos:** VG, IG, P, E, C, V, VB.

**Puntos:** 20 VG, 11 IG, 6 E, 11 P, 40 E, 7 C, 15 V, 8 VB.

**13.19. Fatiga**

**Meridianos:** IG, VG, E, C.

**Puntos:** 4 IG, 20 VG, 36 E, 7 C Yintang (Extra).

**13.20. Hábito de Fumar**

**Meridianos:** P, IG, C, E, VC, ID.

**Puntos:** 7 P, 5 IG, Distancia media entre los puntos 5 IG y 7 P, 7 C, 36 E, 17 VC, 19 ID, Chuanxixue (Extra).

**13.21. Hipertensión Arterial**

**Meridianos:** R, IG, E, VB, H, V.

**Puntos:** 1 R, 11 IG, 15 IG, 4 IG, 36 E, 20 VB, 3 H, 10 V, Taiyang (Extra).

**13.22. Insomnio**

**Meridianos:** E, C, PC, VB, VG.

**Puntos:** 44 E, 36 E, 7 C, 9 C, 6 PC, 20 VB, 20 VG, Taiyang (Extra), Sishencong (Extra).

**13.23. Leucopenia**

**Meridianos:** VG, E, TR IG.

**Puntos:** 26 VG, 20 VG, 36 E, 6 TR, 4 IG, Shixuan (Extra).

**13.24. Neuralgia del Trigémino**

**Meridianos:** E, IG, ID, VB.

**Puntos:** 4 E, 5 E, 7 E, 4 IG, 18 ID, 14 VB, Yuyao (Extra), Taiyang (Extra).

**13.25. Obesidad**

**Meridianos:** E, H, VC, C, TR, IG, ID.

**Puntos:** 25 E, 36 E, 3 H, 12 VC, 7 C, 3 C, 13 TR, 4 IG, 14 IG, 19 ID.





**Fig. 312**



**Fig. 313**



**Fig. 314** Paciente antes de la operación.



**Fig. 315** Puntos 4IG y 6PC mano izquierda.



**Fig. 316** Punto 10 IG mano derecha.





**Fig. 317** Carcinoma Epidermides mano derecha.



**Fig. 320** Se observa poco sangrado



**Fig. 318** Se comprueba la analgesia en la zona quirúrgica.



**Fig. 321** Ajuste de la frecuencia de estimulación.



**Fig. 319** Comienzo de la operación.



**Fig. 322** Excéresis en bloque.



**Fig. 323** Paciente despierto y tranquilo.



**Fig. 325** Observando que la operación terminó con éxito.



**Fig. 324** Hemostasia con Electrocoagulador.



**Fig. 326** Término de la operación.





**Fig. 327** El paciente sale caminando del quirófano.



**Fig. 328** De Izq. a Der. Prof. Zoilo Marinello† (cirujano), Prof. Hoang Bau Chau (Vietnamita) y Dr. Luis A. Urgellés Lloré (Acupuntor).

**Tabla 34**  
**Estrategia para el Manejo del Dolor**

1. Utilizar puntos de Meridianos que pasan por la zona dolorosa
2. Utilización de puntos que recomiendan los libros de Acupuntura
3. Utilización de puntos Ashi

pasos: Utilizar puntos específicos señalados en las obras clásicas, en segundo lugar, emplear puntos de los meridianos que pasan por la zona quirúrgica (dermatomas); por último, el punto Ashi como se consigna en la Tabla 34. Lo más importante es considerar un equipo formado por el Cirujano el Acupuntor y el Paciente, de tal manera que los primeros trabajen en coordinación para evitarle molestias al tercero. El solo hecho de saber esperar 30 ó 40 minutos antes de la operación para que la estimulación de las agujas pueda inducir una analgesia adecuada nos conduce al éxito. Aquí le mostramos algunos ejemplos.

**Amigdalectomía:** 4 IG, 13 VC, 6 TR, 11 IG, Shanlianquan (Extra).

**Legrados Diagnóstico:** 3 H, 6 B, 36 E, 4 VC.

**Tiroidectomía:** 4 IG, 18 IG, 6 PC (Bilateral), 6 E, 17 PC, 20 VB, 36 E, 44 E.

**Laringectomía:** 4 IG, 6 TR puede combinarse con Puntos auriculares.

**Herniorrafia Inguinal:** 28 VB, 18 V, 25 V, 15 B, 36 E.

**Región dorsal del Miembro Superior:** 4 IG, 10 IG, 6 TR. En las Figs. de la 314 a la 328 se observa la secuencia de una operación de un carcinoma epidermoides del dorso de la mano derecha.



- Alvarez-Simo, E.:** Tratado de Acupuntura. Maisonneuve. Francia. Tomo I, 1973.
- Alling, C. and P. Mahan:** Facial Pain. Lea and Febiger. Philadelphia. USA. 1977; cap.2.
- Aronoff, G.:** Evaluation and treatment of chronic pain. Urban and Schwazenberg. Baltimore. 1985; cap. 6-8.
- Bell, W.:** Orofacial pain: Classification, diagnosis, management. Year Book. 3a. ed. Medical Publishers. USA. 1985.
- Benedetti, C. et al.:** Recent advances in the management of pain. Raven. New York. USA. (7) 1984; 130-145.
- Bossy, I.:** Panorama de la Acupuntura en el mundo. II Congreso WFAS. París. 1990.
- Bonica, J.J.:** Cancer Pain. New York Raven Press. U.S.A. 1980, 335-362.
- Chau, H. B.:** Curso de Acupuntura Analgésica y Medicina Tradicional. Hanoi. Viet Nam. 1982.
- Cheng, R.S. and B. Pommeranz.:** Electroacupuntura Analgesica could be mediated by at least two painrelieving mechanisms: endorphin and nonendorphin systems. Life Sciences. (25) 1979; 1957-1962.
- Clark, W.C. and Mehl, L.:** Thermal pain: A sensory decision theory analysis of the effect of age and sex and various response criteria and 50% pain threshold. J. Abnomial Bychol, 78, 1971; 202-212.
- Dana Ullman, M.P.:** Conceptualizaing Energetic Medicine: A Begining. Rev Am. Journal of Acupuncture, 9 (3). 1981; 261-264.
- Dos santos, J.:** Electroestimulación. EN: Diagnóstico y tratamiento de la Sintomatología Craneomandibular. Amolca. Caracas. Venezuela. 1995; 135-139.
- Dione, R. and S. Gordon:** Antiinflamatorios no esteroides para el alivio del dolor agudo. Clin. Odont. de Norteamérica. 4. 1994; 627-648.
- Edwards, L.D.:** Psychiatric Physiological and some Physiological influences on the response to pain: a Review. Meth and Find Exptl Clin Pharmacol 4 (7) 1982; 511-520.
- Essentials of Chinese Acupuncture.:** Beijing. China. 1980.
- Farmaey, J.P.:** Revisión de la evidencia farmacológica, in vivo e in vitro de la inhibición selectiva de la COX-2 con Nimesulida. Research 46, 1997; 437-446.
- Faccinetti, A. et al.:** Primary headaches: reduced circuiting b-lipoprotein and b-endorphin levels with impaired reactivity to acupuncture. Headache. 22, 1982; 276-279.
- Fedoseeva, O. et al.:** New Peptide Mechanism of Auriculo Acupuncture Electro-Analgesia: Rol of Angiotensin II. Acupuncture and Electro-Therapeutics Res. J. 15. 1990; 1-8.
- Gardner, E. et al.:** Anatomía. Ed. Rev. 1968; 631-639.
- González Uribe, F.:** Medicinas Alternativas. Rev. Avívar. 1(1). 1992; 1- 12.
- González Uribe, F.:** Acupuntura: Pasado Presente y Futuro. Coloquio Nacional de Medicinas Alternativas. Popayán. Colombia. Agosto. 1993.
- Guyton, A.:** Tratado de Fisiología Médica. 9na. Ed..Mc Graw-Hill. España. 1997.
- Harkins, S.W. and Chapman, C.R.:** Detection and decision factors in pain perception in young and elderly men. Pain. 1977.
- Harkins, S.W. and Chapman, C.R.:** The perception of induced dental pain in young and elderly women. J. Gerontol. 32 (4) 1977; 428-435.
- Hughes, J. et al.:** Identification of two related pentapeptides from the brain mith potent opiate agonist activity. Nature, (258), 1975; 577-579.
- International Association for the Study of Pain (IASP):** Subcommittee on taxonomy of pain term: A list

- with definition and note on usage. *PAIN* 6, 1979;249-252.
- Japan Points Committee.**: The names and standard location of meridian points. Manila.1976.
- Jones-Clement,A. et al.**: Increased b-endorphins but not metenkephalin levels in human cerebrospinal fluid after acupuncture for recurrent pain. *Lancet* 1980: 946-948.
- Junyng, G. and S. Zhihong**: Acupuncture and Moxibustion. New World, Beijing. China.. 1991.
- Kondo, T. and K. Yoshitaka**: Studies of the Management of cancerous Pain of Head and Neck Region. *Jibinkoka Rinsbo*. 73 (9) 1980; 1469 -79.
- Lewith, G.T. and Marchin. D.**: On the evaluation of the clinical effects of acupuncture. *PAIN*. 16. 1983; 111 - 127.
- Malizia, E. et al.**: Electroacupuncture and peripheral b-endorphin and ACTH levels. *Lancet*. (2) 1979; 535-536.
- Marshall, R.S. and S.A. Mayer**: Pain syndromes. En: *On call Neurology*. W.S. Saunders. USA.1997; 216-228.
- Mason, R.**: Anestesia Clínica. Churchill. Living stone. Madrid. 1992.
- Medicinas Alternativas**: Editorial. *Rev. Iladiba*, Bogotá. Colombia. Abril. 1993; 45.
- Melzack, R. and P. Wall**: A new Theory of pain. *Rev. science* 1965.
- Melzack, R. and P. Wall**: Psychophysiology of pain .Mosby. St. Louis. USA. 1975.
- Melzack, R.**: Pain measurement and assessment. Raven. New York.USA. 1983; 205-213.
- Mircea Olteanu**: Lagophthalmos in recent facial paresis/paralysis – Acupunctive. In: *Techniques in Ophthalmology-Facial surgery*. Edition Academice Bucharest, Romania. 2001;168.
- Moroe, N. et al.**: Pneumotórax iatrogénico por Acupuntura. *Rev. Paul. Med*. 108 (4) 1990; 189.
- Niu de Liventhal, P. C.**: Manual de Acupuntura. Ed. El Ateneo. Buenos Aires. Argentina. 1979; 65-145.
- Ogata. H. et al.**: Electrical skin resistance changes during ophthalmic surgery with acupuncture anesthesia. *Am. J. of Acupuncture Anesthesia*. 9 (3) 1981; 243-250.
- Persky, R. and Cisek E.**: La Aspirina. El remedio milagroso. Planeta Colombiana Ed. Bogotá, Colombia 1997.
- Pomeranz, B.**: Brain's opiates at work in Acupuncture Science (73) 1975; 12-13.
- Procacci, P. et al.**: The cutaneous pricking pain threshold in old age. *Gerontología clínica*. 12. 1970; 213-218
- Rico R.C. et al.**: Use of Intrathecal and Epidural Morphine for pain relief in patients with malignant diseases: A preliminary report. *J. of Medicine*. 13(3) 1982; 223.
- Robins. S. L.**: Tratado de Patología. Ed. Rev. 1972;1033.
- Robins, P. et al.**: Oncología clínica. Univ. De Roschester. Prefacio para la quinta edición. 1978.
- Shaode, W. and L. Ding.**: Láminas de Puntos de Acupuntura y Meridianos. Ed. Ciencias y tecnología. Shanghai. China. 1980.
- Shaode, W. et al.**: Charts of Acupuncture Points and Meridians. Shanghai Scient. and Technical Publishers. China. 1989.
- Sussmann, D.I.**: Acupuntura. Teoría y Práctica Ed. Kier. Buenos Aires, Argentina. 1976.
- Swerdlow, M.**: Relief of intractable pain. Elsevier. 3° ed. Amsterdam. 1983; cap. 5.
- Teixidor, J.R. and J.G. Masso.**: Síndrome Doloroso. EN: *Manual de Medicina*. Ed. Científicas y Técnicas. S.A. Barcelona. España.1993.
- Tenerius, L.**: Significance of endorphins in endogenous anticipation IN: *Advances in biochemical psychopharmacology*. New York. Raven Press. 1978; 321-336.
- Tenerius, L.**: The implications of endorphins in pathological states. IN: *Characteristics and function of opioid*. Amsterdam. Elsevier North Holland. Biomedical Press. 1978; 143-144.
- Urgellés Lorié, L. A.**: Acupuntura en la Sacrolumbalgia. *Rev. Hos. Psq*. 24 (3) 1983; 429.

- Urgellés Lorté, L. A.:** Estudio de los Biopotenciales. Rev. Hos. Psq. 23 (4) 1983; 585.
- Urgellés Lorté, L. A. y H. B. Chau:** Analgesia por Acupuntura en la operación de un carcinoma epidermoides en el dorso de la mano. INOR. C. de La Habana, 1984.
- Urgellés Lorté, L. A. et al.:** Analgesia por Acupuntura y su aplicación en cirugía experimental: Una experiencia en perro. Rev. Cub. Cirugía. 23 1984; 438-445.
- Urgellés Lorté, L. A.:** Acupuntura analgésica en Oncología. Rev. Elementos. México. 2(1) 1985; 24.
- Urgellés Lorté, L. A. et al.:** Acupuntura en el tratamiento por Radium Intracavitario en el Cáncer del Utero. Rev. Cub. Oncol. 1(3) 1985; 263.
- Urgellés Lorté, L. A.:** La Acupuntura a servicio del hombre: desde Asia hasta el Occidente. Rev. Ciencia. ACC. 2(3y4) 1987; 22.
- Urgellés Lorté, L. A.:** La Acupuntura analgésica: Una larga travesía. Rev. Elementos. México. 3 (13) 1988; 20.
- Urgellés Lorté, L. A.:** Acupuntura un método analgésico tradicional al servicio del hombre. Rev. 16 de Abril. Cuba. 1988;
- Urgellés Lorté, L. A.:** La Clínica del Dolor en Oncología: Un objetivo inmediato. Rev. Cub. Oncol. 5 (1-2) 1989; 51 - 64.
- Urgellés Lorté, L. A.:** Acupunctural Analgesia in surgery of a carcinoma on the dorsal surface of the wrist. Congreso Internacional de Acupuntura. Varna. Bulgaria. ABSTRACT. 1992; 12.
- Urgellés Lorté, L. A.:** Acupuntura contra hábito de fumar. Ed. Pomaire. Venezuela. 1992.
- Urgellés Lorté, L. A.:** Dolor y Cáncer. Rev. Salud y Familia. Colombia 10 (44) 1994; 40-42.
- Urgellés Lorté, L. A.:** La Acupuntura.: Teorías, Puntos y Prácticas. Ed. Atfipicos. Bogotá. Colombia. 1994.
- Urgellés Lorté, L. A.:** Nimesulida: Nuevo AINE en el alivio del dolor crónico asociado al Cáncer. 1994. Clin Med HCC. Caracas 1(2) 1996; 78-82.
- Urgellés Lorté, L. A.:** Dolor y Cáncer. Rev. Selecta Médica. Bogotá. Colombia. 9(3) 1998; 25-26.
- Urgellés Lorté, L. A.:** Desinfección en frío de las agujas de Acupuntura, utilizando el Bromuro de Lauril Dimetil Belcil Amonio. Resumen. Rev. Med. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. Colombia. 1998.
- Urgellés Lorté, L. A.:** Diplomado de Dolor y Acupuntura. Material de apoyo. Instituto de Educación Continuada. FOC. Bogotá. Colombia. 1999.
- Urgellés Lorté, L. A.:** Dolor e Inflamación en Odontología. Rev. Tribuna Médica Bogotá. Fascículo 1, 2000;8-16
- Urgellés Lorté, L. A. and Clfuentes L.F.:** Celebrex (celecoxib).Analgésico del Milenio. J. de Clínica en Odontología. Venezuela. 17(21) 2002; 105-109.
- Vane, J. R.:** Inhibition of prostaglandin synthesis as a mechanism of action for aspirin-like drugs. Nature New Biol. 231.1971;232-235.
- Ventafrida, V. et al.:** A validation study of the WHO method for cancer pain relief. Cancer 59, 1987; 851-856.
- Walker, V.A. et al.:** Evaluation of the WHO analgesic guidelines for cancer pain in hospital based palliative care unit. J. of Pain and Sympton Management 3, 1988; 145-149.
- Wall, P. and R. Melzack:** Pain. Livingstone. Edinburg. 1984.
- Wyke, B.:** Neurological aspects of the diagnosis and treatment of facial pain. Heinemann Medical Books. 1976; cap. 23.